

# SPECIAL BLOOD PRESSURE RECHECK FORM

**TO BE COMPLETED BY ATTENDING PHYSICIAN**

NAME OF APPLICANT: \_\_\_\_\_ DATE OF BIRTH: \_\_\_\_\_

POLICY #: \_\_\_\_\_ REFERENCE #: \_\_\_\_\_

**1** Please take three or more readings in the sitting position until the blood pressure has stabilized:

Systolic \_\_\_\_\_

Diastolic \_\_\_\_\_

**2** When pressure is stable in one arm, take pressure in the opposite arm:

Systolic \_\_\_\_\_ Diastolic \_\_\_\_\_

**3** Date of onset of treatment: \_\_\_\_\_

**4** Provide current: Weight \_\_\_\_\_ Height \_\_\_\_\_

**5** Has the applicant ever:

a) Been told that his/her blood pressure has been elevated?  Yes  No

b) Received treatment for blood pressure?  Yes  No

Is the applicant currently under treatment?  Yes  No

c) Been told that his/her cholesterol has been elevated?  Yes  No

d) Received treatment for cholesterol?  Yes  No

Is the applicant currently under treatment?  Yes  No

**6** Are you aware of any significant physical or mental problems for this applicant?  Yes  No

Please give details: (Dates, type of therapy, doctors consulted and current medication)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Please include a summary of any blood pressure readings you may have that were taken over the last two or three years:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**7** Please include copies of electrocardiogram tracings and cholesterol results on file.

**8** Has the applicant smoked cigarettes in the past 12 months?  Yes  No

Family history:	Age	<u>Living</u>	State of Health	Age at Death	<u>Deceased</u>	Cause
Father	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Mother	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Brothers & sisters	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Date \_\_\_\_\_ Signature of Examiner \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Phone Number: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

# FORMULAIRE SPÉCIAL DE VÉRIFICATION DE LA TENSION ARTÉRIELLE

## À ÊTRE REMPLI PAR LE MÉDECIN TRAITANT

NOM DU PROPOSANT : \_\_\_\_\_ DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

N° DE POLICE : \_\_\_\_\_ N° DE RÉFÉRENCE : \_\_\_\_\_

**1** Veuillez prendre au moins trois lectures de la tension artérielle du proposant, en position assise, jusqu'à ce qu'elle se soit stabilisée:

Tension systolique \_\_\_\_\_

Tension diastolique \_\_\_\_\_

**2** Lorsque la tension est stable dans un bras, veuillez la prendre dans l'autre.

Tension systolique : \_\_\_\_\_ Tension diastolique : \_\_\_\_\_

**3** Date du début du traitement : \_\_\_\_\_

**4** Poids actuel du proposant : \_\_\_\_\_ Taille du proposant : \_\_\_\_\_

**5** Est-ce que le proposant :

a) à déjà été averti que sa tension artérielle était élevée?  Oui  Non

b) à déjà été traité en raison de sa tension artérielle?  Oui  Non

Le proposant suit-il présentement un traitement?  Oui  Non

c) à déjà été averti que son taux de cholestérol était élevé?  Oui  Non

d) à déjà été traité en raison de son taux de cholestérol?  Oui  Non

Le proposant suit-il présentement un traitement?  Oui  Non

**6** À votre connaissance, le proposant souffre-t-il de problèmes physiques ou mentaux graves?  Oui  Non

Veuillez donner des précisions, y compris les dates, les traitements suivis, le nom des médecins consultés et les médicaments prescrits.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Veuillez indiquer la tension artérielle mesurée lors de toutes lectures prises au cours des deux ou trois dernières années.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**7** Veuillez inclure une copie de tous les tracés d'électrocardiogramme et des résultats relatifs au cholestérol.

**8** Le proposant a-t-il fait usage de tabac au cours des 12 derniers mois?  Oui  Non

	<b>Vivant</b>		<b>Décédé</b>	
	Âge	État de santé	Âge au décès	Cause de décès
Père	_____	_____	_____	_____
Mère	_____	_____	_____	_____
Frères et sœurs	_____	_____	_____	_____

Date \_\_\_\_\_ Signature du médecin-examineur \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

N° de téléphone : ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_