

CHEST PAIN QUESTIONNAIRE

NAME OF APPLICANT: _____ DATE OF BIRTH: _____

POLICY #: _____ REFERENCE #: _____

1 Have you ever had any chest pain or discomfort? Yes No

IF YES

2 Would you describe this as a feeling of pressure or heaviness in the chest, or a squeezing type of pain? Yes No

3 Where in the chest is the pain? in the center on the side over the heart

4 Does the pain travel anywhere such as to the shoulder, arm or neck? Yes No

Where? _____

5 a) Do you get the discomfort when at rest? Yes No

b) Does it occur when you walk at an ordinary pace? Yes No

c) Does it occur only if you are walking fast, or doing heavier exercise or work? Yes No

6 Is it necessary for you to stop or slow down when you get the chest pain? Yes No

7 Does the pain go away in a few minutes after you stop? Yes No

8 Do you get the same pain from emotional strain or stress or after heavy meals? Yes No

9 a) Date of first episode _____

b) Date of last episode _____

10 How often do you have this symptom? several times a week occasionally

11 a) Have you consulted a doctor because of the pain? Yes No

b) What did your doctor say caused the pain? _____

c) Full name and address of physician consulted and date last seen:

12 a) Have you had an electrocardiogram? Yes No

Date of last one? _____

Result _____

b) Have you had a treadmill or bicycle test?

Date of last one? _____

Result _____

13 Medication(s)? _____

14 a) Have you used nitroglycerine under the tongue? Yes No

b) Does it take the discomfort away? Yes No

I declare my answers and statements indicated above have been correctly recorded and to the best of my knowledge and belief, are complete and true.

Date _____ Signature _____

QUESTIONNAIRE RELATIF AUX DOULEURS THORACIQUES

NOM DU PROPOSANT : _____ DATE DE NAISSANCE : _____

N° DE POLICE : _____ N° DE RÉFÉRENCE : _____

1 Avez-vous déjà souffert de douleurs ou de malaises thoraciques? Oui Non

DANS L’AFFIRMATIVE

2 Décrieriez-vous ces douleurs comme une sensation d’oppression, de lourdeur ou de serrement à la poitrine? Oui Non

3 Où se situe la douleur dans la région thoracique? au centre sur le côté au-dessus du cœur

4 La douleur irradie-t-elle, par exemple vers l’épaule, le bras ou le cou? Oui Non

Vers quelle partie du corps? _____

5 a) Le malaise se manifeste-t-il au repos? Oui Non

b) Le ressentez-vous lorsque vous marchez à une allure normale? Oui Non

c) Apparaît-il seulement quand vous marchez rapidement ou que vous faites un exercice ou un effort plus intense? Oui Non

6 Devez-vous vous arrêter ou ralentir lorsque la douleur thoracique se manifeste? Oui Non

7 La douleur disparaît-elle dans les quelques minutes suivant l’effort? Oui Non

8 Ressentez-vous une douleur semblable lorsque vous êtes en situation de stress ou de tension émotionnelle ou encore après un repas copieux? Oui Non

9 a) Date de la première manifestation _____

b) Date de la dernière manifestation _____

10 À quelle fréquence ce symptôme se manifeste-il? plusieurs fois par semaine occasionnellement

11 a) Avez-vous consulté un médecin à ce sujet? Oui Non

b) Quel a été son diagnostic? _____

c) Indiquez le nom complet et l’adresse du médecin que vous avez consulté ainsi que la date de la dernière consultation.

12 a) Avez-vous subi un électrocardiogramme? Oui Non

Date du plus récent ECG : _____

Résultats : _____

b) Vous êtes-vous soumis à l’épreuve d’effort sur tapis roulant ou à l’épreuve sur bicyclette?

Date du dernier test : _____

Résultats : _____

13 Médicament(s)? _____

14 a) Avez-vous déjà pris de la nitroglycérine par voie sublinguale? Oui Non

b) Ce médicament a-t-il soulagé le malaise? Oui Non

Je déclare que les réponses et déclarations ci-dessus ont été correctement consignées et que, à ma connaissance, elles sont exactes et complètes.

Date _____ Signature _____