

APPLICANT'S DIABETIC QUESTIONNAIRE

NAME OF APPLICANT: _____ DATE OF BIRTH: _____

POLICY #: _____ REFERENCE #: _____

Please provide the answers to the following questions. Include as much information as you can. You **do not** need to take this form to a doctor.

1 How old were you when your diabetes was diagnosed? _____

2 What type of treatment are you taking? _____

What is the daily dosage (if medication)? _____

3 How often do you visit your doctor? _____

What was the date of your last visit? _____

Did you have any abnormal test results? Yes No

Do you have any complications such as retinitis, neuritis, coronary artery disease, renal disease? Yes No

Provide details: _____

4 Please provide your last blood glucose result: _____

5 Do you test your blood glucose at home? Yes No

If yes, how often? _____

What is the range of values? _____

6 Have you ever been told that your blood pressure was elevated? Yes No

If yes, what has been the highest value? _____

7 Have you ever been told that your cholesterol was elevated? Yes No

If yes, what was the level? _____

8 Have you had an electrocardiogram in the last 3 years? Yes No

Was it normal? Yes No

9 Do you smoke cigarettes? Yes No If yes, how many cigarettes a day? _____

10 Family History: Father's age (if alive) _____ or age at and cause of death _____

Mother's age (if alive) _____ or age at and cause of death _____

Do you have any brothers or sisters who have heart disease, diabetes, cancer, or kidney disease? Yes No

Provide details: _____

11 Name and address of your doctor: _____

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 SUR LES ANTÉCÉDENTS DE DIABÈTE DU PROPOSANT

NOM DU PROPOSANT : _____ DATE DE NAISSANCE : _____

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

Veillez répondre aux questions ci-dessous en donnant le plus de précisions possible. Vous **n'avez pas** à faire remplir le présent formulaire par un médecin.

- 1 À quel âge votre diabète a-t-il été diagnostiqué? _____
- 2 Quel genre de traitement suivez-vous? _____
Si vous prenez des médicaments, indiquez la dose quotidienne. _____
- 3 À quelle fréquence voyez-vous votre médecin? _____
Date de la dernière consultation : _____
Le médecin vous a-t-il fait part de résultats de tests anormaux? Oui Non
Avez-vous souffert de complications telles que rétinite, névrite, coronaropathie ou néphropathie? Oui Non
Donnez tous les détails : _____
- 4 Veuillez fournir votre taux de glycémie la dernière fois où il a été vérifié : _____
- 5 Mesurez-vous vous-même votre taux de glycémie à domicile? Oui Non
Dans l'affirmative, à quelle fréquence? _____
Quelles sont les valeurs minimale et maximale que vous ayez mesurées? _____
- 6 Vous a-t-on déjà indiqué que votre tension artérielle était élevée? Oui Non
Dans l'affirmative, quelle a été la valeur maximale mesurée? _____
- 7 Vous a-t-on déjà indiqué que votre taux de cholestérol était élevé? Oui Non
Dans l'affirmative, quel était alors votre taux de cholestérol? _____
- 8 Avez-vous passé un électrocardiogramme au cours des trois dernières années? Oui Non
Était-il normal? Oui Non
- 9 Fumez-vous la cigarette? Oui Non Dans l'affirmative, combien par jour? _____
- 10 Antécédents familiaux :
Âge du père (s'il est vivant) _____ ou âge au décès et cause du décès _____
Âge de la mère (si elle est vivante) _____ ou âge au décès et cause du décès _____
Avez-vous des frères ou des soeurs qui souffrent d'une maladie du coeur, du diabète, du cancer ou d'une maladie des reins? Oui Non
Donnez tous les détails : _____

- 11 Nom et adresse de votre médecin : _____

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 _____