

DIABETIC QUESTIONNAIRE

TO BE COMPLETED BY ATTENDING PHYSICIAN

NAME OF APPLICANT: _____ DATE OF BIRTH: _____

POLICY #: _____ REFERENCE #: _____

Full name of insured		Present Weight lbs. kgs.		Greatest Weight lbs. kgs.		
Date Diabetes diagnosed		ft. in.		Height m. cms.		
Name and address of physician making original diagnosis			Is applicant under regular medical supervision? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		Date of first visit Date of last visit	
Summary of ALL physical abnormalities						
Has patient ever exhibited any of the following complications associated with Diabetes?						
		Date(s) Exhibited or 'No'		Remarks		
1 Retinitis						
2 Neuritis						
3 Coronary Artery Disease						
4 Occlusive Vascular Disease						
5 Hypertension						
6 Renal Disease, Albuminuria						
7 Any other complications (specify)						
8 Family history Diabetes or Vascular Disease						
Report on X-Rays or Electrocardiograms with dates						
Report on last 3 Blood Glucose examinations with dates			Cholesterol readings & dates			
Report on Glycosated Hemoglobin						
Amount of medication (insulin or other) taken per 24 hours			Type of medication		Number of doses per 24 hours	
Present Diet	Protein gms.	Fat gms.	Carbohydrates gms.		Weighed or Estimated?	
Does patient follow his treatment faithfully?			Does patient ever stop insulin or go off his diet without medical advice?			
Does patient regularly test his blood?		If so, how often?		Average results?		
If patient has suffered Insulin Shock or Diabetic Coma, give details						
Do you consider patient to be a stable, well-balanced Diabetic?			Is he co-operative and has he a good understanding regarding his Diabetes?			
Remarks and further observations						
Date	Signature of Attending Physician			Address		

QUESTIONNAIRE POUR DIABÉTIQUES

À REMPLIR PAR LE MÉDECIN TRAITANT

NOM DU PROPOSANT : _____ DATE DE NAISSANCE : _____

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

Nom de l'assuré(e) au complet		Poids actuel lb kg		Poids extrême lb kg	
Date du diagnostic du diabète		Taille pi po m cm			
Nom et adresse du médecin qui a fait le diagnostic		Le (la) proposant(e) est-il (elle) sous les soins réguliers d'un médecin? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Date de la première visite	Date de la dernière visite
Description sommaire de TOUTE anomalie physique					
Le (la) malade a-t-il (elle) déjà présenté quelque complication associée?					
		Si oui, quand? Ou bien : non		Remarques	
1 Rétinite					
2 Névrite					
3 Maladie des artères coronaires					
4 Affection vasculaire occlusive					
5 Hypertension					
6 Maladie des reins					
7 Toute autre complication (préciser)					
8 Antécédents familiaux de diabète ou affections vasculaires					
Rapports de radiographies ou d'électrocardiogrammes y inclus les dates					
Rapports des trois dernières analyses du sang y inclus les dates et le taux de glycémie				Cholestérol : Dates et taux	
Rapports sur l'hémoglobine glycosylée					
Quantité de médicaments par 24 heures (insuline ou autre)		Genre de médicament		Nombre de doses par 24 heures	
Régime actuel	Protéines g	Lipides g	Glucides g	Chiffres exacts ou approximatifs?	
Le (la) malade suit-il (elle) son traitement fidèlement?			Arrête-t-il (elle) parfois de prendre de l'insuline ou fait-il (elle) des écarts de régime sans votre autorisation?		
Fait-il (elle) analyser son sang régulièrement?		Si oui, à quelles intervalles de temps?		Résultats moyens?	
A-t-il (elle) souffert de choc induit par l'insuline ou de coma diabétique? Si oui, décrivez.					
À votre avis, le (la) diabétique est-il (elle) stable et bien équilibré(e)?				Se montre-t-il (elle) bien disposé(e) et possède-t-il (elle) une bonne connaissance de son état?	
Remarques supplémentaires					
Date		Signature du médecin traitant		Adresse	