

HEART MURMUR QUESTIONNAIRE

NAME OF APPLICANT: _____

DATE OF BIRTH: _____

POLICY #: _____

REF. #: _____

- 1 Have you ever been told you had a heart murmur? Yes No
- 2 At what age was it first diagnosed? _____
- 3 Have you ever been told what caused the murmur? Yes, it is due to _____ No
- 4 a) Has it been mentioned that the murmur is due to something wrong with the heart such as a hole or a valve problem? Yes No
- b) If a) is no: were you told that the murmur was normal, functional, innocent or benign? (circle one)
- 5 Have you ever been told you may need heart surgery in the future? Yes No
- 6 Were you referred to a specialist or cardiologist? Yes No

Names and Dates _____

- 7 Was an electrocardiogram done for this condition? Yes No
- Dates _____
- Results _____

- 8 Was a chest x-ray done for this condition? Yes No
- Dates _____
- Results _____

- 9 Were there any special tests done such as ultrasound or heart catheterization? Yes No
- Dates _____
- Results _____

- 10 Has any follow-up been arranged? Yes No
- Dates _____
- Results _____

- 11 Additional information: _____

SIGNATURE

DATE

QUESTIONNAIRE SUR LE SOUFFLE CARDIAQUE

NOM DU PROPOSANT : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

N° DE POLICE : _____

N° DE RÉFÉRENCE : _____

1 Vous a-t-on déjà dit que vous aviez un souffle cardiaque? Oui Non

2 Quel âge aviez-vous quand le souffle cardiaque a été diagnostiqué pour la première fois? _____

3 Vous a-t-on déjà expliqué la cause du souffle cardiaque? Oui, il est attribuable à _____ Non

4 a) Vous a-t-on déjà dit que le souffle cardiaque était attribuable à un trouble cardiaque, tel un trou ou un problème valvulaire? Oui Non

b) Si vous avez répondu non à la question 4a), vous a-t-on déjà dit que le souffle cardiaque était normal, fonctionnel, anorganique ou bénin (encerclez-en un)?

5 Vous a-t-on déjà dit que vous devriez un jour subir une chirurgie cardiaque? Oui Non

6 Avez-vous été adressé à un spécialiste ou à un cardiologue? Oui Non

Noms et dates _____

7 Avez-vous subi un électrocardiogramme pour cette condition? Oui Non

Dates _____

Résultats _____

8 Avez-vous subi des radiographies thoraciques pour cette condition? Oui Non

Dates _____

Résultats _____

9 Avez-vous subi des tests spéciaux comme une échographie ou un sondage intracardiaque? Oui Non

Dates _____

Résultats _____

10 A-t-on prévu des consultations de contrôle? Oui Non

Dates _____

Résultats _____

11 Renseignements supplémentaires : _____

SIGNATURE

DATE