

<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/> Nom	<input style="width: 95%; height: 20px;" type="text"/> Prénom
Date de naissance: <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> <span>Année</span> <span>Mois</span> <span>Jour</span> </div>	<input style="width: 200px; height: 20px;" type="text"/> N° de proposition ou de contrat

**1** Quel est le type de diabète ?

- Diabète de type 1 (traité par insuline)
- Diabète de type 2
- Diabète de grossesse: Êtes-vous enceinte?  Oui Date prévue de l'accouchement:   

Année
Mois

 Non Date du dernier accouchement:   

Année
Mois

**2** Date du diagnostic:   

Année
Mois

**3** Nom et adresse de votre médecin traitant: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**4** a) À quel intervalle consultez-vous votre médecin traitant? \_\_\_\_\_

b) Date de la dernière visite:   

Année
Mois

**5** Avez-vous déjà consulté ou devez-vous consulter un spécialiste (endocrinologue, cardiologue, néphrologue ou autres)?  Oui  Non  
**Si oui**, précisez la date des consultations ainsi que le nom et l'adresse complète de ce ou ces médecins.

Nom	Adresse	Date de consultation
_____	_____	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> <span>Année</span> <span>Mois</span> </div>
_____	_____	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> <span>Année</span> <span>Mois</span> </div>
_____	_____	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> <span>Année</span> <span>Mois</span> </div>

**6** Type de traitement:

- Diète
- Médicaments (nom et dose): \_\_\_\_\_
- Insuline (nom et nombre d'unités par jour): \_\_\_\_\_

- 7 a) Suivi:  Stage à une clinique de diabète  Suivi à domicile  
 b) Utilisez-vous un glucomètre?  Oui  Non

Si oui, précisez.

Fréquence d'utilisation	Date de la dernière lecture	Données de la dernière lecture												
_____	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td colspan="3">Année</td> <td colspan="3">Mois</td> </tr> </table>							Année			Mois			_____
Année			Mois											

Si non, précisez.

Fréquences des prises de sang par année	Date de la dernière prise de sang	Données de la dernière lecture d'hémoglobine glycosylée (HbA1c)												
_____	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td colspan="3">Année</td> <td colspan="3">Mois</td> </tr> </table>							Année			Mois			_____
Année			Mois											

- c) Utilisez-vous une pompe à insuline?  Oui  Non

Si non, avez-vous l'intention d'en faire l'utilisation et de vous procurer une pompe à insuline?  Oui  Non

- 8 a) Avez-vous déjà souffert de :

Tests/examens	Oui	Non	Date	Diagnostic												
Troubles au niveau des pieds	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td colspan="3">Année</td> <td colspan="3">Mois</td> </tr> </table>							Année			Mois			_____
Année			Mois													
Troubles cardiaques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td colspan="3">Année</td> <td colspan="3">Mois</td> </tr> </table>							Année			Mois			_____
Année			Mois													
Troubles de la vue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td colspan="3">Année</td> <td colspan="3">Mois</td> </tr> </table>							Année			Mois			_____
Année			Mois													
Troubles rénaux (incluant des protéines dans les urines)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td colspan="3">Année</td> <td colspan="3">Mois</td> </tr> </table>							Année			Mois			_____
Année			Mois													
Ulcères	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td colspan="3">Année</td> <td colspan="3">Mois</td> </tr> </table>							Année			Mois			_____
Année			Mois													
Autres: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td colspan="3">Année</td> <td colspan="3">Mois</td> </tr> </table>							Année			Mois			_____
Année			Mois													

- b) Avez-vous déjà souffert d'hypertension artérielle?  Oui  Non Si oui, précisez.

Fréquence des contrôles	Date du dernier contrôle	Données de la dernière lecture												
_____	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td colspan="3">Année</td> <td colspan="3">Mois</td> </tr> </table>							Année			Mois			_____
Année			Mois											

- c) Avez-vous déjà souffert de troubles circulatoires?  Oui  Non

Si oui, avez-vous passé des examens?  Oui  Non Si oui, précisez le nom et la date de l'examen.

Nom de l'examen	Date de l'examen												
_____	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td colspan="3">Année</td> <td colspan="3">Mois</td> </tr> </table>							Année			Mois		
Année			Mois										
_____	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td colspan="3">Année</td> <td colspan="3">Mois</td> </tr> </table>							Année			Mois		
Année			Mois										
_____	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td colspan="3">Année</td> <td colspan="3">Mois</td> </tr> </table>							Année			Mois		
Année			Mois										

d) Avez-vous déjà souffert de coma diabétique?  Oui  Non **Si oui**, précisez.

Nom de l'établissement hospitalier	Adresse	Date	
_____	_____	Année	Mois
_____	_____	Année	Mois
_____	_____	Année	Mois

9 Avez-vous subi ou devez-vous subir des tests ou des examens en raison de cette affection?  Oui  Non **Si oui**, précisez.

Tests/examens	Résultat (le cas échéant)	Date	
<input type="checkbox"/> Échocardiogramme	_____	Année	Mois
<input type="checkbox"/> Électrocardiogramme (ECG)	_____	Année	Mois
<input type="checkbox"/> Tapis roulant	_____	Année	Mois
<input type="checkbox"/> Autres: _____	_____	Année	Mois

10 Avez-vous été hospitalisé en raison de cette affection?  Oui  Non **Si oui**, précisez.

Nom de l'établissement hospitalier	Adresse	Date d'hospitalisation	
_____	_____	Année	Mois
_____	_____	Année	Mois
_____	_____	Année	Mois

11 Avez-vous eu des périodes d'arrêt de travail en raison de cette affection?  Oui  Non

**Si oui**, précisez la date de début et la durée de chacune de ces périodes.

Date de début	Durée (en semaines)
Année Mois	_____
Année Mois	_____

Je reconnais et conviens que les réponses contenues dans ce questionnaire sont complètes et véridiques.

Signé à \_\_\_\_\_ ce \_\_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ .

X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_

Signature de la personne à assurer ou de son tuteur légal si la personne à assurer a moins de 18 ans au Québec ou moins de 16 ans à l'extérieur du Québec

Signature du témoin