

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

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

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

X

Signature du témoin