

Questionnaire 1-L

Hypertension artérielle



À remplir à l'encre noire.

NOM et Prénom :

Date de naissance : / /

N° de police :

Cachet du médecin traitant

Les informations recueillies au moyen de ce document seront traitées avec la plus grande confidentialité et sont soumises aux règles déontologiques relatives au respect du secret professionnel.

Prière de cocher les cases correspondantes et de fournir tout commentaire ou date en regard des réponses affirmatives lorsque cela est souhaité.

Diagnostic :

Diagnostic :

Date de découverte : / /

Date de la dernière consultation : / /

MESURES EFFECTUEES AU COURS DES DEUX DERNIERES ANNEES

Date	Chiffres	Date	Chiffres	Date	Chiffres
SYST. DIAST.		SYST. DIAST.		SYST. DIAST.	
<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>

NON OUI

Commentaires

Dates

Cause indéterminée

Si HTA secondaire : Cause

Toujours présente

Traitement antihypertensif :

Lequel ? :

Depuis : / /

Toujours en cours

Si non, interrompu depuis : / /

Autres traitements

Lequel ? :

Pourquoi ? :

Depuis : / /

ECG*

Repos

Normal*

Anormal*

/ /

Effort

Normal*

Anormal*

/ /

Echocardiographie* :

Normale*

Anormale*

/ /

Préciser :

Examen des urines réalisé au cours des 3 derniers mois :

Protéines*

Résultats*

/ /

Sucres*

Résultats*

/ /

Examen microscopique*

Résultats*

/ /

Présence de rétinopathie

hypertensive ou artériolo-scléreuse :

Fond d'œil : Stade

/ /

NOM et Prénom :

	NON	OUI	Commentaires	Dates
Cas de maladie coronarienne, cérébro-vasculaire ou des artères périphériques survenue avant l'âge de 60 ans chez les ascendants ou les collatéraux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Frère(s) <input type="checkbox"/> Sœur(s)	
Fumeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cigarettes Nombre/jour <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Cigares Nombre/jour <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Pipes Nombre/jour <input type="text"/>	
Autres facteurs de risque de l'athérosclérose associés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquels ? : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Dernier bilan biologique réalisé au cours des 6 derniers mois :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Résultat : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

Taille : cm Poids : kg Pouls :

IMPORTANT : La communication du protocole de tout examen anormal et des tracés électrocardiographiques les plus récents est indispensable.

**Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraîne la nullité de l'assurance (art. L.113-8 du Code des Assurances)
Veuillez adresser directement ce questionnaire à l'attention du Médecin-Conseil à prevoyance.metlife@cbp-france.eu ou sous pli confidentiel à :
Cbp France - Service Prévoyance CS 20008 - 44967 NANTES CEDEX 9**

Fait à : Le : / /

Signature du médecin traitant



MetLife Europe d.a.c. Société de droit irlandais, constituée sous la forme de « Designated Activity Company », immatriculée en Irlande sous le numéro 415123. Succursale pour la France 5 place de la Pyramide, 92800 Puteaux. 799 036 710 RCS Nanterre. MetLife Europe Insurance d.a.c. Société de droit irlandais, constituée sous la forme de « Designated Activity Company », immatriculée en Irlande sous le numéro 472350. Succursale pour la France 5 place de la Pyramide, 92800 Puteaux. 798 956 314 RCS Nanterre. Siège social de MetLife Europe d.a.c. et MetLife Europe Insurance d.a.c. : 20 on Hatch, lower Hatch Street, Dublin 2, Irlande. MetLife Europe d.a.c. et MetLife Europe Insurance d.a.c. (agissant toutes deux sous le nom commercial MetLife) sont réglementées par la Central Bank of Ireland.