

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.
/ /		/ /		/ /	
/ /		/ /		/ /	
/ /		/ /		/ /	
/ /		/ /		/ /	

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 :

Protéines*

Résultats*

/ /

Examen des urines réalisé au cours des 3 derniers mois :

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			Père	Mère	Frère(s)	Sœur(s)	
Fumeur			Cigarettes	Nombre/jour			
			Cigares	Nombre/jour			
			Pipes	Nombre/jour			
Autres facteurs de risque de l'athérosclérose associés			Lesquels ? :				
Dernier bilan biologique réalisé au cours des 6 derniers mois :			Résultat :			/	/

Taille : cm Poids : kg Pouls :

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

Veillez SVP adresser directement ce rapport et la note de vos honoraires* (à concurrence du plafond de la Compagnie), accompagnés impérativement de la proposition d'assurance complétée et signée par l'assuré sous pli confidentiel à: MetLife - à l'attention du Médecin Conseil - TSA 36835 - 95939 ROISSY CH DE GAULLE CEDEX.

**Les honoraires ne seront remboursés qu'à réception des documents originaux précités.*

Fait à : Le : / /

Signature du médecin traitant