

# FORMULAIRE CONCERNANT LES SIGNES VITAUX

Le masculin s'entend du féminin et le singulier du pluriel, selon que le contexte l'exige.

Information relative à l'assurance	
Montant d'assurance	Numéro de police
Nom du conseiller	

Information relative au demandeur	
Nom du demandeur	Date de naissance (jj/mm/aaaa)
Pièce d'identité utilisée pour vérifier l'identité du demandeur	Numéro d'identification

Données relatives aux signes vitaux	
Taille (sans chaussures) _____ <input type="radio"/> pi/po <input type="radio"/> cm	Avez-vous pris les mesures? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Poids (mesuré) _____ <input type="radio"/> lb <input type="radio"/> kg	Avez-vous pris les mesures? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Le demandeur a-t-il perdu du poids au cours des 12 derniers mois? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Si « oui », combien de poids a-t-il perdu? _____ <input type="radio"/> kg ou <input type="radio"/> lb

Mesures de la tension artérielle			
	1	2	3
Systolique	_____	_____	_____
Diastolique	_____	_____	_____
Pouls (au repos en position assise) _____	Le pouls était-il régulier? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non		
Un grand brassard de tensiomètre a-t-il été utilisé? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non			

Information additionnelle
Avez-vous fait usage de l'un des produits du tabac ou de la nicotine suivants au cours des 12 derniers mois? <input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui - veuillez spécifier :
<input type="radio"/> la cigarette <input type="radio"/> la cigarette électronique <input type="radio"/> le cigarillo <input type="radio"/> la pipe <input type="radio"/> le tabac à chiquer ou à priser <input type="radio"/> la marijuana <input type="radio"/> les substituts de nicotine (y compris la gomme ou les timbres) <input type="radio"/> les noix de bétel <input type="radio"/> les petits cigares <input type="radio"/> plus de 12 gros cigares
Avez-vous fait usage de médicaments d'ordonnance au cours des 12 derniers mois? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non Si « oui », veuillez indiquer tous les médicaments consommés :
Avez-vous des antécédents personnels concernant les éléments suivants? <input type="radio"/> pression artérielle élevée <input type="radio"/> diabète <input type="radio"/> maladie cardiaque <input type="radio"/> aucun

Information concernant l'examineur	
Date et heure de la collecte des données	
Signature du demandeur X	
Signature de l'examineur X	Nom de l'examineur (veuillez écrire lisiblement en lettres moulées)