

RENSEIGNEMENTS SUR LE MEDECIN TRAITANT/LE DEMANDEUR

NOM DU MEDECIN TRAITANT

NOM DU DEMANDEUR

DATE DE NAISSANCE

JOUR MOIS ANNEE

DETAILS

1. Quand la tension arterielle elevee du patient a-t-elle ete constatee pour la premiere fois?

2. Veuillez indiquer les lectures significatives (y compris la plus elevee et la plus basse) anterieures au debut du traitement, ainsi que leur date.

3. Le patient presentait-il des signes de complications, comme des symptomes de deficiance cardiaque, renale ou retinienne?

OUI NON

Si OUI, veuillez fournir des donnees specifiques.

4. Des anomalies ont-elles ete detectees dans l'electrocardiogramme ou la formule sanguine du patient?

OUI NON

Si OUI, veuillez fournir une description detaillee.

5. Quel traitement a-t-on utilise?

Veuillez inscrire le nom des medicaments et les doses administrees.

6. Veuillez indiquer la date de debut du traitement.

7. Quelle a ete la reponse du patient a ce traitement?

Veuillez inscrire les lectures representatives de la tension arterielle apres traitement, ainsi que leur date.

8. Le traitement se poursuit-il a l'heure actuelle?

OUI NON

Si OUI, veuillez inscrire le nom des medicaments et les doses administrees.

9. Un medecin consultant ou autre medecin a-t-il traite ce probleme d'hypertension?

OUI NON

Si OUI, veuillez indiquer le nom et l'adresse des medecins consultes, avec les dates de consultation.

Veuillez annexer une copie des resultats de tout examen pertinent (comme ECG, segment ST, echographies et rapports de consultation).

SIGNATURE

Une photocopie ou une reproduction electronique de ce document sera valide au meme titre que l'original.

Signature du medecin traitant : _____ date : _____

VEUILLEZ RETOURNER CE FORMULAIRE A L'ADRESSE SUIVANTE : Compagnie d'assurance-vie Wawanesa
400-200 Main Street, Winnipeg (Manitoba) R3C 1A8, Tel. : 1-888-997-9965 Telecopieur : 1-888-985-3872 Web : wawanesalife.com