

# APPLICANT'S DIABETIC QUESTIONNAIRE

NAME: \_\_\_\_\_ REFERENCE #: \_\_\_\_\_

Please provide the answers to the following questions. Include as much information as you can. You do not need to take this form to a doctor.

1. How old were you when your diabetes was diagnosed? \_\_\_\_\_

2. What type of treatment are you taking? \_\_\_\_\_

What is the daily dosage (if medication)? \_\_\_\_\_

3. How often do you visit your doctor? \_\_\_\_\_

What was the date of your last visit? \_\_\_\_\_

Did you have any abnormal test results? \_\_\_\_\_

Do you have any complications such as retinitis, neuritis, coronary artery disease, renal disease?

\_\_\_\_\_

4. Do you know what your last blood glucose result was? \_\_\_\_\_

5. Do you test your blood glucose at home? \_\_\_\_\_

If yes, how often? \_\_\_\_\_ What is the range of values? \_\_\_\_\_

6. Have you ever been told that your blood pressure was elevated? \_\_\_\_\_

If yes, what has been the highest value? \_\_\_\_\_

7. Have you ever been told that your cholesterol was elevated? \_\_\_\_\_

If yes, what was the level? \_\_\_\_\_

8. Have you had an electrocardiogram in the last 3 years? \_\_\_\_\_

Was it normal? \_\_\_\_\_

9. Do you smoke cigarettes? \_\_\_\_\_ If yes, how many cigarettes a day? \_\_\_\_\_

10. Family History: Father's age (if alive) \_\_\_\_\_ or age at and cause of death \_\_\_\_\_

Mother's age (if alive) \_\_\_\_\_ or age at and cause of death \_\_\_\_\_

Do you have any brothers or sisters who have heart disease, diabetes, cancer, or kidney disease? (provide details)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

11. Name and address of your doctor: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

DATE: \_\_\_\_\_ SIGNATURE: \_\_\_\_\_



# QUESTIONNAIRE SUR LES ANTÉCÉDENTS DE DIABÈTE DU PROPOSANT / DE LA PROPOSANTE

NOM : \_\_\_\_\_ N° DE RÉFÉRENCE : \_\_\_\_\_

Veillez répondre aux questions ci-dessous en donnant le plus de précisions possible. Vous n'avez pas à faire remplir le présent formulaire par un médecin.

1. À quel âge votre diabète a-t-il été diagnostiqué? \_\_\_\_\_
2. Quel genre de traitement suivez-vous? \_\_\_\_\_  
Si vous prenez des médicaments, indiquez la dose quotidienne. \_\_\_\_\_
3. À quelle fréquence voyez-vous votre médecin? \_\_\_\_\_  
Date de la dernière consultation : \_\_\_\_\_  
Le médecin vous a-t-il fait part de résultats de tests anormaux? \_\_\_\_\_  
Avez-vous souffert de complications telles que rétinite, névrite, coronaropathie ou néphropathie?  
\_\_\_\_\_
4. Savez-vous quel était votre taux de glycémie la dernière fois où il a été vérifié? \_\_\_\_\_
5. Mesurez-vous vous-même votre taux de glycémie à domicile? \_\_\_\_\_  
Dans l'affirmative, à quelle fréquence? \_\_\_\_\_  
Quelles sont les valeurs minimale et maximale que vous ayez mesurées? \_\_\_\_\_
6. Vous a-t-on déjà indiqué que votre tension artérielle était élevée? \_\_\_\_\_  
Dans l'affirmative, quelle a été la valeur maximale mesurée? \_\_\_\_\_
7. Vous a-t-on déjà indiqué que votre taux de cholestérol était élevé? \_\_\_\_\_  
Dans l'affirmative, quel était alors votre taux de cholestérol? \_\_\_\_\_
8. Avez-vous passé un électrocardiogramme au cours des trois dernières années? \_\_\_\_\_  
Était-il normal? \_\_\_\_\_
9. Fumez-vous la cigarette? \_\_\_\_\_ Dans l'affirmative, combien par jour? \_\_\_\_\_
10. Antécédents familiaux :  
Âge du père (s'il est vivant) \_\_\_\_\_ ou âge au décès et cause du décès \_\_\_\_\_  
Âge de la mère (si elle est vivante) \_\_\_\_\_ ou âge au décès et cause du décès \_\_\_\_\_  
Avez-vous des frères ou des soeurs qui souffrent d'une maladie du coeur, du diabète, du cancer ou d'une maladie des reins? (Donnez tous les détails.) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
11. Nom et adresse de votre médecin : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

DATE : \_\_\_\_\_ SIGNATURE : \_\_\_\_\_