

SPECIAL BLOOD PRESSURE RECHECK FORM

TO BE COMPLETED BY ATTENDING PHYSICIAN

NAME OF APPLICANT: _____ DATE OF BIRTH: _____

POLICY #: _____ REFERENCE #: _____

1 Please take three or more readings in the sitting position until the blood pressure has stabilized:

Systolic _____
Diastolic _____

2 When pressure is stable in one arm, take pressure in the opposite arm:

Systolic _____ Diastolic _____

3 Provide current: Weight _____ Height _____

4 Has the applicant ever:

a) Been told that his/her blood pressure has been elevated? Yes No

b) Received treatment for blood pressure? Yes No

Is the applicant currently under treatment? Yes No

c) Been told that his/her cholesterol has been elevated? Yes No

d) Received treatment for cholesterol? Yes No

Is the applicant currently under treatment? Yes No

5 Are you aware of any significant physical or mental problems for this applicant? Yes No

Please give details: (Dates, type of therapy, doctors consulted and current medication)

Please include a summary of any blood pressure readings you may have that were taken over the last two or three years:

6 Please include copies of electrocardiogram tracings and cholesterol results on file.

7 Has the applicant smoked cigarettes in the past 12 months? Yes No

8 Family history:	Age	<u>Living</u>	State of Health	Age at Death	<u>Deceased</u>	Cause
Father	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Mother	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Brothers & sisters	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Date _____ Signature of Examiner _____

Address: _____

Phone Number: (_____) _____

FORMULAIRE SPÉCIAL DE VÉRIFICATION DE LA TENSION ARTÉRIELLE

À ÊTRE REMPLI PAR LE MÉDECIN TRAITANT

NOM DU PROPOSANT : _____ DATE DE NAISSANCE : _____

N° DE POLICE : _____ N° DE RÉFÉRENCE : _____

1 Veuillez prendre au moins trois lectures de la tension artérielle du proposant, en position assise, jusqu'à ce qu'elle se soit stabilisée.

Tension systolique _____

Tension diastolique _____

2 Lorsque la tension est stable dans un bras, veuillez la prendre dans l'autre.

Tension systolique : _____ Tension diastolique : _____

3 Poids actuel du proposant : _____ Taille du proposant : _____

4 Est-ce que le proposant :

a) à déjà été averti que sa tension artérielle était élevée? Oui Non

b) à déjà été traité en raison de sa tension artérielle? Oui Non

Le proposant suit-il présentement un traitement? Oui Non

c) à déjà été averti que son taux de cholestérol était élevé? Oui Non

d) à déjà été traité en raison de son taux de cholestérol? Oui Non

Le proposant suit-il présentement un traitement? Oui Non

5 À votre connaissance, le proposant souffre-t-il de problèmes physiques ou mentaux graves? Oui Non

Veuillez donner des précisions, y compris les dates, les traitements suivis, le nom des médecins consultés et les médicaments prescrits.

Veuillez indiquer la tension artérielle mesurée lors de toutes lectures prises au cours des deux ou trois dernières années.

6 Veuillez inclure une copie de tous les tracés d'électrocardiogramme et des résultats relatifs au cholestérol.

7 Le proposant a-t-il fait usage de tabac au cours des 12 derniers mois? Oui Non

Antécédents familiaux :	<u>Vivant</u>		<u>Décédé</u>	
	Âge	État de santé	Âge au décès	Cause de décès
Père	_____	_____	_____	_____
Mère	_____	_____	_____	_____
Frères et sœurs	_____	_____	_____	_____

Date _____ Signature du médecin-examineur _____

Adresse : _____

N° de téléphone : (_____) _____