

QUESTIONNAIRE MÉDICAL D'HYPERTENSION

A être compléter par le médecin traitant

1ère Partie

Nom:

Adresse:

Téléphone :

Email :

Applicant :

Date de naissance :

INFORMATION MÉDICALE

1- Depuis quand connaissez-vous et examinez-vous le patient?

2- Quand est-ce que l'hypertension a été diagnostiquée et soignée pour la première fois?

Valeur de la tension artérielle trouvée:

3- Quels sont les symptômes:

4- Combien de fois par an l'hypertension est-elle contrôlée par un médecin?

5- Traitements qui ont été ou qui sont prodigués au patient. (Prière d'indiquer les dates et les posologies des médicaments) :

6- Le patient a-t-il déjà été référé à un autre spécialiste pour une évaluation et/ou une thérapie plus poussée?

Oui

Non

(Si "oui", prière d'indiquer la date et la procédure effectuée ainsi que le nom et l'adresse du spécialiste)

Date:

Nom et adresse du spécialiste:

7- Prière d'indiquer les résultats des examens suivants durant ces 90 derniers jours :

Résultats des examens du thorax

Date:

QUESTIONNAIRE MÉDICAL D'HYPERTENSION

A être compléter par le médecin traitant

2ème Partie

Détails des résultats d'EGK :

Date:

Valeur des résultats des tests sanguins :

Cholestérol :

HDL :

LDL :

Date:

Ratio :

Triglycérides :

Créatine :

8- Tension artérielle actuelle:

Pouls :

Poids :

Hauteur :

9- Il y a-t-il des complications et ou des facteurs de risques présent ? Oui Non

Si « Oui donnez des détails :

10- Il y a-t-il une historique familiale concernant le diabète, l'hypertension et ou les maladies cardiaques ou circulatoire ? Oui Non

Si « Oui donnez des détails :

11- Le patient fume-t-il ? Oui Non Depuis quand :

Nombre de cigarettes par jour :

12- Quelle est la quantité de boisson alcoolisée consommée par semaine ?

Date :

Signature du médecin