

# Questionnaire sur le diabète à remplir par le médecin traitant



Numéro de contrat	Preuve numéro (réservé au siège social)	
Prénom de la personne à assurer	Nom	Date de naissance (jj-mm-aaaa)

1. Période au cours de laquelle cette personne a été votre patient. Du  au

2. Date du diagnostic

3. a) Insuline : Type et unités par jour à la date présente   
 Quantité quotidienne maximum dans le passé

b) Hypoglycémisant oral : type et posologie :

4. Régime : Glucide  Gras  Protéines

5. Le patient vous visite-t-il régulièrement pour des examens ou des conseils?  Oui  Non  
 À quelle fréquence?  Date de la dernière visite?

6. Le patient se conforme-t-il à vos conseils?  Oui  Non

Analyse du sang	Date (jj-mm-aaaa)	Résultats
Glycémie à jeun	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
Glycémie 2 h après consultation	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
HbA1C	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>

8. Le patient a-t-il connu des épisodes de perte de contrôle du diabète, de coma ou de réaction à l'insuline?  Oui  Non  
 Si «oui», veuillez indiquer les dates, la durée, la gravité et la cause dans l'espace ci-dessous.

9. Le patient consomme-t-il des boissons alcoolisées?  Oui  Non  
 Si «oui», veuillez indiquer dans l'espace ci-dessous le genre, la quantité, la fréquence, tout excès, etc.

PIDIABQF



10. Le patient a-t-il **déjà** montré des signes de complication diabétique?

- Artères coronaires       Oui    Non
- Cérébro-vasculaire       Oui    Non
- Vaisseaux périphériques       Oui    Non
- Rétines       Oui    Non
- Maladie des reins       Oui    Non

Veillez donner des précisions pour chaque réponse **affirmative**, y compris la pression artérielle et les dates dans l'espace ci-dessous.

11. Le patient a-t-il subi un électrocardiogramme?    Oui    Non

Veillez indiquer la (les) date(s), le nom du médecin et les résultats dans l'espace ci-dessous.

**Nota :** Veuillez joindre tous les tracés. Ils seront promptement renvoyés.

12. Le patient a-t-il montré des signes de toute autre maladie ou blessure sérieuse?    Oui    Non

Si «**oui**», donnez des précisions dans l'espace ci-dessous.

Lieu de signature (ville)	Lieu de signature (province)	Date (jj-mm-aaaa)	Signature du médecin traitant <b>X</b>
---------------------------	------------------------------	-------------------	---

Veillez n'envoyer qu'un seul exemplaire de ce formulaire. Une télécopie au numéro sans frais 1-866-487-4745, ou l'original à l'adresse suivante :

Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie  
227, rue King Sud  
C. P. 1601, succ. Waterloo  
Waterloo (Ontario) N2J 4C5