

**INFORMATIONS GÉNÉRALES**

NOM	DATE DE NAISSANCE	NUMÉRO DE CONTRAT
-----	-------------------	-------------------

**I – HISTOIRE MÉDICALE**

- Diagnostic médical :
 

<input type="checkbox"/> Diabète Mellitus Type I ( <i>Insulino-dépendant</i> )	<input type="checkbox"/> Diabète juvénile
<input type="checkbox"/> Diabète Mellitus Type II	<input type="checkbox"/> Diabète de grossesse
<input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____	
Date du diagnostic : _____	
- Épisode de :
 

<input type="checkbox"/> Coma diabétique	<input type="checkbox"/> Réaction à l'insuline	<input type="checkbox"/> Aucune
Date : _____ Fréquence : _____		
- Autres conditions médicales :
 

<input type="checkbox"/> Troubles de la vue	<input type="checkbox"/> Troubles cardiaques et de la circulation
<input type="checkbox"/> Hypertension artérielle	<input type="checkbox"/> Albumine/protéine dans les urines
<input type="checkbox"/> Troubles rénaux <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____	
- Glucomètre :
 

<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	Fréquence : _____	Résultats : _____
------------------------------	------------------------------	-------------------	-------------------
- Poids actuel : \_\_\_\_\_ L'an passé : \_\_\_\_\_ Il y a deux (2) ans : \_\_\_\_\_

**II – TRAITEMENTS**

- Médicaments prescrits :
 

<input type="checkbox"/> Diète	<input type="checkbox"/> Médication orale	<input type="checkbox"/> Insuline
Nom, dosage et posologie : _____		
- Sous médication actuellement :  Non  Oui (préciser) : \_\_\_\_\_
- Hospitalisation pour le diabète :  Non  Oui (préciser) : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_
- Hospitalisation pour une condition reliée au diabète :  Non  Oui (préciser) : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_
- Consultations à venir :  Non  Oui (préciser) : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

**III – INVALIDITÉ**

- Arrêt de travail :
 

<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	Date : _____	Durée : _____
------------------------------	------------------------------	--------------	---------------
- Période d'invalidité :
 

<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	Date : _____	Durée : _____
------------------------------	------------------------------	--------------	---------------
- Limitation/séquelle :
 

<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui (préciser) : _____
------------------------------	---

**IV – MÉDECIN TRAITANT**

- Nom et adresse du médecin qui possède le dossier médical : \_\_\_\_\_
- Date de la dernière consultation : \_\_\_\_\_ Résultats : \_\_\_\_\_

**V – INFORMATIONS ADDITIONNELLES CONCERNANT VOTRE CONDITION**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Je certifie avoir pris connaissance de toutes les questions ci-dessus et que les réponses données ont été fidèlement reproduites. De plus, je consens à ce qu'elles servent de base au contrat demandé.

 \_\_\_\_\_  
 Signature du témoin

 \_\_\_\_\_  
 Date

 \_\_\_\_\_  
 Signature de la personne à assurer ou à co-assurer.  
 Si elle a moins de 18 ans, signature du père ou de la mère