

Nom et prénom de l'assuré : \_\_\_\_\_

| A | A | A | A | M | M | J | J |

Date de naissance

\_\_\_\_\_  
Numéro du contrat/proposition

1. a) Quelle est la date du diagnostic : | A | A | A | A | M | M | J | J |

b) Quel est le type :

Type 1  Type 2

De grossesse

Êtes vous enceinte ? Si oui, indiquer la date prévue de l'accouchement : | A | A | A | A | M | M | J | J |

Si non, indiquer la date du dernier accouchement : | A | A | A | A | M | M | J | J |

2. Quel traitement vous a-t-on prescrit ?

Régime alimentaire

Médicaments oraux : préciser : nom : \_\_\_\_\_ dosage : \_\_\_\_\_ Date du dernier usage : | A | A | A | A | M | M | J | J |

Insuline : préciser : nom : \_\_\_\_\_ nombre d'unité par jour : \_\_\_\_\_ Date du dernier usage : | A | A | A | A | M | M | J | J |

3. Utilisez vous un glucomètre?  Oui  Non

Si oui, précisez la fréquence d'utilisation : \_\_\_\_\_ Valeur moyenne de votre glycémie du dernier mois : \_\_\_\_\_

Si non, précisez la date de la dernière prise de sang : | A | A | A | A | M | M | J | J | Valeur de l'hémoglobine glyquée (HBA1C) : \_\_\_\_\_

4. Souffrez-vous de complications reliées à votre condition?  Oui  Non

Si oui, précisez :

Troubles oculaires (baisse ou perte de vision, rétinopathie, etc.)

Troubles rénaux (néphropathie, insuffisance rénale anomalies dans les urines etc.)

Troubles cardiovasculaires

Troubles de la circulation, perte de sensation, engourdissement ou fourmillement dans les membres

5. a) Avez-vous déjà eu des épisodes de coma diabétique ?  Oui  Non

Si oui, indiquez date des épisodes : \_\_\_\_\_

b) Avez-vous déjà eu des épisodes d'hypoglycémie ?  Oui  Non

Si oui, indiquez date des épisodes : \_\_\_\_\_

6. Avez-vous déjà été hospitalisé en raison du diabète ?  Oui  Non

Si oui, indiquez les dates : \_\_\_\_\_

7. Avez-vous eu des périodes d'arrêt de travail en raison du diabète ?  Oui  Non

Si oui, indiquez la date et durée de chaque arrêt : \_\_\_\_\_

8. Veuillez indiquer le nom et l'adresse des médecins et/ou des spécialistes consultés pour cette condition. Si aucun, veuillez cocher cette case :  Aucun

Nom	Adresse	Fréquences de consultations	Date de la dernière consultation

9. Informations additionnelles :

\_\_\_\_\_

10. Déclaration

Je certifie avoir bien compris toutes les questions ci-dessus et que les réponses données sont véridiques et complètes. De plus, je consens à ce qu'elles fassent partie intégrante du contrat demandé.

**X**

Signature de l'assuré (signature du père, de la mère ou du tuteur légal si l'assuré est mineur)

| A | A | A | A | M | M | J | J |

Date

### Protection des renseignements personnels

Beneva vous rappelle qu'elle accorde une grande importance à la protection de vos renseignements personnels. Pour en connaître davantage sur nos pratiques, nous vous invitons à consulter notre *Énoncé de confidentialité* au [beneva.ca](http://beneva.ca).