

QUESTIONNAIRE SUR LES DOULEURS THORACIQUES (À remplir par la personne à assurer)

Nom : _____ Proposition n° _____

1. Fréquence des douleurs (indiquer les dates approximatives) :

Un seul accès, survenu le _____

_____ accès, aux dates suivantes : _____

Crises à répétition :

La première s'est produite le _____ ; la dernière le _____

Fréquence : _____ par jour/semaine/mois Elles surviennent généralement : en cours d'exercice au repos

N.B. S'il y a eu plusieurs crises, répondre aux questions 2 à 6 en se référant à une crise typique.

2. a) Situez la douleur par rapport au sternum (à sa gauche, à sa droite, directement au-dessous, dans la région du mamelon, etc.) _____

b) Sur le schéma ci-dessous, ombrez la région correspondant au siège et à l'étendue de la douleur.

3. La douleur se propage-t-elle à d'autres régions du corps (bras, cou, mâchoire, etc.) ? _____

4. Indiquez la nature et la gravité de vos malaises, en cochant les termes qui les décrivent le mieux : oppression coups de pointe douleur constante constriction élancements sensation de brûlure autre : _____

5. La douleur est-elle accompagnée : d'essoufflements ? de vomissements ? d'anxiété ?

6. Durée de la crise ? _____

7. Vos douleurs thoraciques vous ont-elles déjà réduit à l'inactivité ? Oui Non
Si oui, quand et pendant combien de temps ? _____

8. a) Connaissez-vous la nature du problème ? Oui Non
Si oui, quelle est-elle ? _____

b) Vous a-t-on recommandé un traitement ou un changement d'habitudes ? Oui Non
Si oui, veuillez préciser. _____

9. a) Avez-vous subi un ou plusieurs électrocardiogrammes ? Oui Non
Si oui, quand et où ? _____

b) Comment comprenez-vous les résultats ? _____

10. a) Quelles sont vos habitudes en ce qui concerne la consommation de tabac ? cigarettes (environ _____ par jour) pipe ou cigare non-fumeur

b) Durant votre vie adulte, vos habitudes en ce domaine ont-elles changé de façon importante ? Oui Non
Si oui, veuillez préciser. _____

11. Nom et adresse des médecins consultés pour vos douleurs thoraciques _____ Date du consultation _____

Je sais que les questions et réponses ci-dessus font partie de la proposition d'assurance que j'ai présentée à BMO Société d'assurance-vie le _____ 20 _____ et qu'elles ont la même portée que si elles étaient contenues dans le formulaire de cette proposition.

Fait à _____ le _____ 20 _____

Témoïn

Personne à assurer