

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 :

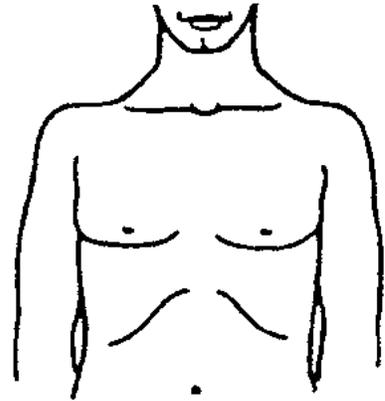
La première s'est produite le _____ ; la dernière le _____

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 (jj/mmm/aaaa) _____

Je déclare que toutes les réponses aux questions du questionnaire et les déclarations faites sont véridiques et complètes et qu'elles font partie de ma proposition d'assurance auprès de BMO Société d'assurance-vie. Je comprends que si je ne réponds pas entièrement et honnêtement à toutes les questions, la compagnie pourrait annuler la police.

Province de signature	Date JJ/MMM/AAAA)	Signature
		Personne à assurer
		X