



N° de dossier :	N° de décision :
N°(s) matricule(s) :	

**Questionnaire médical :  
hypertension et affections vasculaires**

Nom de famille :	Prénom :	Date de naissance :
Nom du médecin :		Date de l'examen :

**DIAGNOSTIC MÉDICAL LIÉ À L'AFFECTION OU AUX AFFECTIONS FAISANT L'OBJET DE LA DEMANDE/OUVRANT DROIT À PENSION ET POUR LESQUELLES IL FAUT UN EXAMEN :**

1. \_\_\_\_\_

Ce diagnostic est-il  confirmé ou  provisoire?

Prévoyez-vous une amélioration médicale?  Oui  Non

Dans l'affirmative, veuillez préciser et fournir une période de temps approximative :

2. \_\_\_\_\_

Ce diagnostic est-il  confirmé ou  provisoire?

Prévoyez-vous une amélioration médicale?  Oui  Non

Dans l'affirmative, veuillez préciser et fournir une période de temps approximative :

3. \_\_\_\_\_

Ce diagnostic est-il  confirmé ou  provisoire?

Prévoyez-vous une amélioration médicale?  Oui  Non

Dans l'affirmative, veuillez préciser et fournir une période de temps approximative :

**Anciens Combattants Canada a besoin de renseignements très précis pour évaluer l'affection ou les affections faisant l'objet de la demande/ouvrant droit à pension du client. Comme ces renseignements ne font pas nécessairement partie des données figurant au dossier clinique, nous vous prions de répondre aux questions suivantes.**

**Ne remplissez que les sections pertinentes.**

**Si vous avez besoin de plus d'espace pour consigner les renseignements fournis, veuillez utiliser la feuille réservée aux « commentaires additionnels ».**

**ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX : Décrivez les symptômes persistants en indiquant la fréquence et la durée, de même que les facteurs aggravants et les facteurs de soulagement.**

Lésions?  Oui  Non **Précisez (en indiquant les dates)**

D'autres consultations ou tests de diagnostic sont-ils en cours ou prévus?  Oui  Non

Dans l'affirmative, indiquez la nature du test et/ou de la consultation ainsi que la date du rendez-vous (si vous la connaissez).

Nom de famille :	Prénom :	N° de dossier :
------------------	----------	-----------------

**VEUILLEZ NE REMPLIR QUE LES SECTIONS PERTINENTES****Hypertension :**

Lectures antérieures de la tension artérielle (veuillez fournir au moins trois lectures de la tension artérielle en indiquant les dates) :

**Maladie vasculaire artérielle périphérique :**

Le client éprouve-t-il de la douleur liée à une claudication intermittente à la marche?  Oui  Non  
 Sa distance de marche est-elle limitée à cause de la douleur causée par la claudication?  Oui  Non

Dans l'affirmative, quelle distance le client est-il capable de parcourir à la marche?

25 mètres ou moins  de 25 à 200 mètres  plus de 200 mètres

Le client souffre-il d'ulcération en plus de maladies vasculaires périphériques?  Oui  Non

Dans l'affirmative, veuillez préciser :  jambe droite  jambe gauche  les deux jambes

Commentaires :

**Varices :**

Décrive toute observation pertinente relative aux varices en termes de préjudice esthétique, d'œdème, de modifications cutanées et de fréquence de l'inconfort.

Avez-vous noté la présence d'ulcères cicatrisés?  Oui  Non

Dans le cas d'un ulcère en évolution, veuillez faire des observations au sujet de la durée.

**Thrombose veineuse profonde (TVP) :**

Le client doit-il subir une thromboprophylaxie?  Oui  Non

Dans l'affirmative, veuillez indiquer la durée du traitement:  un an ou moins  un an ou plus

Le client est-il atteint d'un syndrome postphlébitique à la jambe?  Oui  Non

Dans l'affirmative, veuillez préciser.

Le client a-t-il été atteint d'une TVP récurrente pendant la thromboprophylaxie?  Oui  Non

Dans l'affirmative, veuillez préciser.

Le client a-t-il souffert d'une embolie pulmonaire pendant la thromboprophylaxie?  Oui  Non

Dans l'affirmative, veuillez préciser.

Nom de famille :	Prénom :	N° de dossier :
------------------	----------	-----------------

**Anévrisme et affection intravasculaire :**

Le client a-t-il souffert d'une embolie qui a été traitée sans laisser de séquelles?  Oui  Non

Le client souffre-t-il d'un anévrisme de l'aorte abdominale?  Oui  Non

Dans l'affirmative, veuillez préciser :  moins de 6cm de diamètre  6 cm de diamètre ou plus  inopérable

Le cas échéant, veuillez fournir des précisions au sujet de tout autre anévrisme dont pourrait souffrir le client :

Commentaires :

**Maladie/phénomène de Raynaud :**

Veuillez indiquer la fréquence des « crises caractéristiques ». Aux fins d'évaluation de la pension, une « crise caractéristique » est définie comme suit : discoloration séquentielle d'une ou de plusieurs extrémités (doigts, orteils, etc.) qui peut durer de quelques minutes à quelques heures et peut être accompagnée de douleurs et de paresthésies. Ces troubles peuvent être déclenchés par le froid ou par des chocs émotifs.

moins d'une crise par semaine  de 1 à 3 crises par semaine  de 4 à 6 crises par semaine  tous les jours

Le cas échéant, veuillez décrire l'ulcération.

Commentaires :

**Gelure, pied d'immersion et autres lésions dues au froid :**

Décrire l'intensité de l'hypersensibilité à l'exposition au froid :  légère  moyenne  grave

Le cas échéant, veuillez décrire les modifications cutanées permanentes :

Commentaires :

**VEUILLEZ JOINDRE/TRANSMETTRE DES COPIES DES RAPPORTS PERTINENTS (C.-À-D. LES RAPPORTS DE DIAGNOSTIC, DE CONSULTATION, DE CHIRURGIE ET DE LABORATOIRE, AINSI QUE DES DONNÉES SOMMAIRES SUR LES CONGÉS DES HÔPITAUX)**

**TRAITEMENT : Veuillez fournir une liste exhaustive des médicaments (précisez la posologie, la fréquence, la durée, la voie d'administration et la réaction du client au traitement) ainsi qu'une description de toute chirurgie, hospitalisation et toute autre thérapie (p. ex. physiothérapie).**

Nom de famille :	Prénom :	N° de dossier :
------------------	----------	-----------------

**COMPLICATIONS :**

L'affection faisant l'objet de la demande/ouvrant droit à pension a-t-elle entraîné des complications?  Oui  Non  
 Dans l'affirmative, veuillez préciser.

**EXAMEN PHYSIQUE : (remplir uniquement la partie qui porte sur l'affection ou les affections faisant l'objet de la demande/ouvrant droit à pension)**

Taille \_\_\_\_\_ Poids \_\_\_\_\_ Tension artérielle \_\_\_\_\_ Pouls \_\_\_\_\_ Respiration \_\_\_\_\_

**ASPECT GÉNÉRAL :****OBSERVATIONS : Décrire toute observation pertinente.**

**Hypertension** (en utilisant un sphygmomanomètre au mercure avec brassard de la bonne taille)

Tension artérielle :

Position assise : Bras droit \_\_\_\_\_ Bras gauche \_\_\_\_\_

Position couchée : Bras droit \_\_\_\_\_ Bras gauche \_\_\_\_\_

**Pouls :****Droite**

Fémoral	<input type="radio"/> Normal	<input type="radio"/> Diminué	<input type="radio"/> Absent
Popliteal	<input type="radio"/> Normal	<input type="radio"/> Diminué	<input type="radio"/> Absent
Tibial postérieur	<input type="radio"/> Normal	<input type="radio"/> Diminué	<input type="radio"/> Absent
Pédieux	<input type="radio"/> Normal	<input type="radio"/> Diminué	<input type="radio"/> Absent

**Gauche**

<input type="radio"/> Normal	<input type="radio"/> Diminué	<input type="radio"/> Absent
<input type="radio"/> Normal	<input type="radio"/> Diminué	<input type="radio"/> Absent
<input type="radio"/> Normal	<input type="radio"/> Diminué	<input type="radio"/> Absent
<input type="radio"/> Normal	<input type="radio"/> Diminué	<input type="radio"/> Absent

Autre (veuillez préciser) :

**Droite**

\_\_\_\_\_  Normal  Diminué  Absent

**Gauche**

Normal  Diminué  Absent

**AUTRES OBSERVATIONS PERTINENTES : (c.-à-d. autres affections qui pourraient contribuer à la déficience du patient)**

Signature du médecin :	ACC doit-il être facturé? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	N° de tél. : ( )	Date du jour :
------------------------	--	---------------------	----------------

