

Questionnaire - Hypertension artérielle

Client

Nom
Rue
Sexe
Date de naissance
Numéro de client

Prénom
NPA / Lieu
Tél.
eMail
No de proposition

Les informations recueillies au moyen de ce document seront traitées avec la plus grande confidentialité et sont soumises aux règles déontologiques relatives au respect du secret professionnel.

Prrière de cocher les cases correspondantes et de fournir tout commentaire ou date en regard des réponses affirmatives lorsque cela est souhaité. **Il n'est pas nécessaire de convoquer le patient.**

Taille: cm poids: kg Date:
Tabagisme: Non Oui Si oui, quoi? Nombre par jour? E-cigarette: non oui
Ancien fumeur: Non Oui Depuis quand?

Hypertension artérielle

Date du diagnostic: Date de la dernière consultation:
 primaire secondaire Cause:

Valeurs de la tension artérielle: (au cours des 12 derniers mois)

Date: <input type="text"/>	(mois/année)	TA systolique: <input type="text"/>	TA diastolique: <input type="text"/>
Date: <input type="text"/>	(mois/année)	TA systolique: <input type="text"/>	TA diastolique: <input type="text"/>
Date: <input type="text"/>	(mois/année)	TA systolique: <input type="text"/>	TA diastolique: <input type="text"/>
Date: <input type="text"/>	(mois/année)	TA systolique: <input type="text"/>	TA diastolique: <input type="text"/>
Date: <input type="text"/>	(mois/année)	TA systolique: <input type="text"/>	TA diastolique: <input type="text"/>

Traitement?

Lesquels (médicaments)?

Non Oui

Depuis quand? (mois / année)

Si interrompu, veuillez préciser les raisons:

Si interrompu, depuis quand? (mois / année)

Autres facteurs de risque cardiovasculaire:

Dyslipidémie: non oui

Date des valeurs de laboratoire:

Cholestérol total: mmol/l Cholestérol HDL: mmol/l Triglycérides: mmol/l

Quels traitements?

Depuis quand? (mois/ année)

Diabète: non oui

- type 1 type 2 hyperglycémie modérée à jeun
 diabète gestationnel prédiabète
 autre types de diabète (MODY, secondaires, etc.)

Si autre type de diabète, préciser:

Date du diagnostic: Date de la dernière consultation:

HbA1c: % Date:

Glucose à jeun: mmol/l Date:

Quels traitements?

Depuis quand? (mois/ année)

Compliance: non oui

Recherche de protéinurie? non oui

Par bandelettes ou laboratoire: négatif 1+ 2+ 3+ ou valeur: Date:

Autres traitements ou maladies connues?

Lesquels?

Quels traitements?

Depuis quand? (mois/ année)

Raisons:

Maladie cardiovasculaire:

Non Oui

- Maladie coronarienne
 Maladie cérébrovasculaire
 Artériopathie périphérique
 Sténose carotidienne
 Autres:

Quels traitements?

Depuis quand? (mois/ année)

Anamnèse familiale pour maladie cardiovasculaire?

négative positive

Complications

Néphropathie?

non oui inconnu

Valeur de la créatinine:

mmol/l

Date:

DFG:

ml/min/1.73m²

Date:

Rapport albumine/créatinine urinaire:

Date:

Rétinopathie:

non oui inconnu

débutante (microanévrismes, exsudats)

proliférante (hémorragie)

Neuropathie:

non oui inconnu

périphérique sensitive

autonome

cardiovasculaire y compris hypotension orthostatique

Autres:

non oui

Veuillez préciser:

Examens effectués:

Ergométrie:

non oui

Si oui, quand:

Résultat:

CT coronarien/score calcique ou angiographie:

non oui

Si oui, quand:

Résultat:

Autres commentaires:

Prière de nous joindre une copie des examens spéciaux éventuels effectués ainsi que les résultats et les valeurs de référence pour toute fiche de laboratoire.

Médecin

Tél.

Fax

eMail

Date

Transmission électronique

Avec le bouton «Envoyer» vous pouvez envoyer le formulaire en toute sécurité à au service médicale de la mobilière.