



N° de certificat :

## 1<sup>RE</sup> ÉTAPE

- |   |   |                              |                              |
|---|---|------------------------------|------------------------------|
| 1 | A-t-on <b>JAMAIS</b> diagnostiqué chez vous, ou avez-vous pris des médicaments ou des médicaments vous ont-ils été prescrits pour <u>2</u> des affections suivantes : diabète, accident cérébrovasculaire, <b>UNE</b> affection cardiaque ?   | Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> |
| 2 | Votre <b>PREMIER</b> pontage remonte-t-il à plus de <b>10 ANS</b> ? (Si vous n'avez jamais subi de pontage <b>OU</b> si vous avez subi un pontage il y a moins de <b>10 ANS</b> , répondez par <b>NON</b> .)  | Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> |
| 3 | Au cours des <b>12 DERNIERS MOIS</b> , avez-vous ressenti de nouveaux symptômes ou des symptômes plus graves ou avez-vous été hospitalisé ou vous a-t-on prescrit un <u>changement de médicaments</u> pour <b>UNE</b> affection cardiaque ? (Par <u>changement de médicaments</u> , on entend un début, un arrêt, une augmentation ou une diminution de la fréquence de la prise ou du dosage de médicament.) | Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> |
| 4 | Au cours des <b>12 DERNIERS MOIS</b> , avez-vous suivi ou vous a-t-on prescrit une oxygénothérapie pour <b>UN</b> problème de santé ?   | Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> |

## 2<sup>E</sup> ÉTAPE

- |   |  |                              |                              |
|---|--|------------------------------|------------------------------|
| 1 | Au cours des <b>24 DERNIERS MOIS (2 ANS)</b> , avez-vous fait usage de produits du tabac ?   | Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> |
| 2 | Votre dernier examen de santé périodique avec votre médecin remonte-t-il à plus de <b>18 MOIS</b> ?  | Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> |
| 3 | Prenez-vous <b>PRÉSENTEMENT</b> ou vous a-t-on prescrit des médicaments pour votre hypertension artérielle ou sa prévention ?  | Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> |
| 4 | A-t-on <b>JAMAIS</b> diagnostiqué chez vous <b>UNE</b> affection cardiaque ou avez-vous pris ou vous a-t-on <b>JAMAIS</b> prescrit des médicaments pour <b>UNE</b> affection cardiaque (à l'exception d'extrasystoles ou de palpitations pour lesquelles vous n'avez ni pris de médicaments ni suivi de traitement) ?  | Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> |
| 5 | Au cours des <b>12 DERNIERS MOIS</b> , avez-vous pris ou vous a-t-on prescrit de la prednison ou d'autres stéroïdes par voie buccale pendant plus de <b>7 JOURS</b> <b>OU</b> avez-vous été hospitalisé pour <b>UNE</b> affection pulmonaire ?   | Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> |
| 6 | Au cours des <b>12 DERNIERS MOIS</b> , avez-vous souffert d' <b>UNE</b> affection pulmonaire ayant nécessité un traitement de plus de <b>10 JOURS</b> aux antibiotiques ou par aérosol-doseur/médicaments inhalés ? (Si vous avez été obligé de prendre des antibiotiques plus d'une fois <b>OU</b> que l'on vous a prescrit un aérosol-doseur/médicaments inhalés sur une base régulière pour le traitement d' <b>UNE</b> affection pulmonaire et/ou sa prévention, vous devez répondre par <b>OUI</b> à cette question.) | Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> |
| 7 | Au cours des <b>12 DERNIERS MOIS</b> , a-t-on diagnostiqué chez vous ou avez-vous pris ou vous a-t-on prescrit des médicaments ou avez-vous suivi un traitement pour l' <b>UNE</b> des affections suivantes :  |                              |                              |
|   | a) accident cérébrovasculaire ou accident ischémique transitoire ;   | Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> |
|   | b) diabète ;   | Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> |
|   | c) affection du foie ;   | Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> |
|   | d) insuffisance rénale ;   | Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> |
|   | e) maladie vasculaire périphérique ;   | Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> |
|   | f) hémorragie gastro-intestinale, maladie de Crohn, colite ulcéreuse et/ou occlusion intestinale (à l'exception des hémorroïdes) ;   | Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> |
|   | g) cancer (à l'exception des épithéliomas cutanés baso et spinocellulaires) ;  | Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> |
|   | h) arthrite et/ou ostéoporose ?  | Non <input type="checkbox"/> | Oui <input type="checkbox"/> |
|   | (Si vous ne prenez pas de médicaments sur ordonnance, vous pouvez répondre par <b>NON</b> .)   |                              |                              |