

QUESTIONNAIRE MÉDICAL COMPLÉMENTAIRE
HYPERTENSION

à remplir par le médecin traitant

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Mesure de la tension artérielle après repos de 5 mn, en position assise :

- systolique :
- diastolique :

Mesure de la tension artérielle après effort (10 flexions de genoux) :

- systolique :
- diastolique :

Si hypertension artérielle connue :

- date d'apparition :
- valeurs tensionnelles avant traitement :
- traitement reçu :

Dans le passé, des examens ont-ils été effectués ?

- ECG : oui non
Date :
Résultat :
- Echographie cardiaque : oui non
Date :
Résultat :
- Examens biologiques : oui non
Date :
Résultat :
- Autres :

Affections associées : oui non

Nature :
Date d'apparition :
Traitements reçus :

Autres affections présentées jusqu'à ce jour (nature, dates, traitements) :

oui non

Taille : cm

Poids : kg

Fait à : le :
Cachet et signature du médecin