

QUESTIONNAIRE POUR LES USAGERS DU VIOXX

Identification de l'utilisateur

Nom : _____

Adresse : _____

App. / n° / rue Ville Province Code postal

Téléphone : Résidence : _____

Bureau : _____

Habitez-vous à l'adresse ci-dessus pour toute la période de votre traitement au Vioxx? Oui ____ Non ____

Si non, prière d'indiquer vos adresses précédentes et pour quelle période

| App. / n° / rue | Ville | Province | Code Postal | Période |
|-----------------|-------|----------|-------------|---------|
|-----------------|-------|----------|-------------|---------|

| App./ n° / rue | Ville | Province | Code postal | Période |
|----------------|-------|----------|-------------|---------|
|----------------|-------|----------|-------------|---------|

Date de naissance : _____

N° d'assurance-maladie : _____

Usage du Vioxx

Quand avez-vous commencé à prendre du Vioxx? _____

Quand avez-vous cessé de prendre du Vioxx? _____

Quelle dose de Vioxx vous avait-on prescrite? _____

Avez-vous pris le Vioxx en suivant la dose prescrite? _____

Si non, quelle dose preniez-vous? _____

Où avez-vous été traité pour ces effets secondaires?

Quels traitements avez-vous reçus? Pour quelle durée?

S'il y a lieu, prière d'indiquer la période de votre hospitalisation.

Y a-t-il des antécédents de problèmes de cardiopathie dans votre famille? Oui Non

Y a-t-il des antécédents d'attaques d'apoplexies dans votre famille? Oui Non

Y a-t-il des antécédents d'hypertension artérielle dans votre famille ? Oui Non

Fumez-vous? Oui Non

Souffrez-vous d'un excédent de poids Oui Non

Êtes-vous diabétique? Oui Non