



WARNING

CF 2033 - Medical Examination Record - Periodic Health Assessment is categorized as "**CAN PROTECTED B**" information once completed.

In accordance with the National Defence Security Orders and Directives (NDSOD), Chapter 6: Security of Information and Standard 6: Security of Information Standards, DND and CAF information must be appropriately protected from unauthorized access, use, disclosure, modification, transmission, disposal or destruction throughout its lifecycle.

When completed, "**CAN PROTECTED B**" forms **MUST NOT BE SAVED UNENCRYPTED** on any network, workstation drive or storage media, and **MUST BE ENCRYPTED USING THE DND ISSUED PKI SMARTCARD**.

Failure to respect these requirements is a security incident that must be reported to the local ISSO, and may result in administrative or disciplinary measures.

AVIS

Le **CF 2033 - Fiche d'examen médical - Examen médicale périodique** est classé dans la catégorie des renseignements « **CAN PROTÉGÉ B** » une fois rempli.

Conformément aux Ordonnances et directives de sécurité de la Défense nationale (ODSDN), chapitre 6 : Sécurité de l'information et norme 6 : Normes de sécurité de l'information, les renseignements du MDN et du FAC doivent être protégés adéquatement tout au long de leur cycle de vie contre les actes non autorisés d'accès, d'utilisation, de divulgation, de modification, de transmission, d'élimination ou de destruction.

Une fois remplis, les formulaires « **CAN PROTÉGÉ B** » **NE DOIVENT PAS ÊTRE SAUVEGARDÉS SANS ÊTRE CHIFFRÉS** sur quelque réseau, lecteur de poste de travail ou support de données que ce soit et **DOIVENT ÊTRE CHIFFRÉS À L'AIDE DE LA CARTE À PUCE DE L'ICP DU MDN**.

Le non-respect de cette exigence constitue un incident de sécurité qui doit être signalé à l'OSSI local et peut donner lieu à des mesures administratives ou disciplinaires.



Medical Examination Record - Periodic Health Assessment Fiche d'examen médical - Examen médical périodique

SN/Record # - NM/# de dossier		Last name - Nom de famille		First name - Prénom		DOB - DDN (yyaa-mm-dj)			
Rank - Grade		MOS ID - ID SGPM		<input type="checkbox"/> Regular Régulière <input type="checkbox"/> Reserve Réserve		Sex - Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		Home unit - Unité d'appartenance	
Reason for examination - Motif de l'examen				Examination unit - Établissement médical				Enrollment date - Date d'enrôlement (yyaa-mm-dj)	
<div>1. History and/or findings pertinent to examination, including family history Antécédents médicaux et/ou observations pertinentes à l'examen médical, y compris les antécédents familiaux</div>									
<div>Targeted physical exam findings (Completed by health professional only) - Examen médical ciblé (Complété par un professionnel de la santé uniquement) Contributory specific physical findings - Signes cliniques spécifiques et contributoires</div>									

SN/Record # - NM/# de dossier	Last name - Nom de famille	First name - Prénom	DOB - DDN (yyaa-mm-dj)								
2a. Diagnosis - Diagnostics		2b. The following investigations are outstanding or have been ordered as a result of this assessment. Final determination of medical fitness is withheld pending the interpretation of the results. Les études suivantes sont en suspens et/ou ont été commandées en raison de cet examen. La recommandation médicale sera soumise lorsque les résultats seront disponibles.									
		Examining clinician signature Signature du clinicien(ne) examinant(e)	Date (yyaa-mm-dj)								
3. Finalized recommendations - Recommandations finales											
<input type="checkbox"/> See CF 2018 for MELs - Voir CF 2018 pour LEMs											
Category - Profil	V	CV	H	G	O	A	U	Examining clinician signature Signature du clinicien(ne) examinant(e)	Date (yyaa-mm-dj)		
Present - Actuel →											
Revised - Révisé →											
4. Reviewing physician's remarks - Observations du médecin militaire réviseur											
D Med Pol Review - Révision par D Pol Méd <input type="checkbox"/> Yes - Oui <input type="checkbox"/> No - Non										Signature	Date (yyaa-mm-dj)
5. Aeromedical standards - Normes aéromédicales										Signature	Date (yyaa-mm-dj)
6. Undersea medical standards - Normes de médecine sous-marine										Signature	Date (yyaa-mm-dj)
7. D Med Pol standards approval - Approbation de la section des normes médicales de D Pol Med											
<input type="checkbox"/> See AR/MEL statement - Veuillez vous référer au document RA/LEM											
Category - Profil	V	CV	H	G	O	A	U	Signature	Date (yyaa-mm-dj)		
Revised - Révisé →											

Documented Screening Tests/Ancillary Tests (filled out by Medical Technician)

Tests de dépistage documentés consignés/Tests auxiliaires (rempli par le/la technicien(ne) médical(e))

See current version of Annex A of the CF H Svcs Instruction 4000-01 for a table of recommended screening tests.
Voir Annexe A de l'Instruction 4000-01 du Gp Svc S FC pour le tableau des tests de dépistage recommandés.

SN/Record # - NM/# de dossier	Last name - Nom de famille	First name - Prénom	DOB - DDN (yyaa-mm-dj)
-------------------------------	----------------------------	---------------------	------------------------

A. Date of last lipid profile _____ (yyaa-mm-dj)
Date du dernier bilan lipidique _____ (yyaa-mm-dj)

Lab results - Résultats Labo

- HDL _____ (mmol/L)	- TG _____ (mmol/L)	- Total Chol:HDL _____ (ratio)
- LDL _____ (mmol/L)	- Total cholesterol / Cholestérol total _____ (mmol/L)	

B. Cardiovascular risk factors - Facteurs de risque cardiovasculaire

Height / Taille _____ (cm)	Waist circumference / Tour de taille _____ (cm)	Framingham 10 Year Risk (%) Risque 10 ans (%) _____
Weight / Poids _____ (kg)	BP / TA _____ / _____ (mmHg)	
BMI / IMC _____ (kg/m ²)	Using BP medication / Utilisation d'une médication pour HTA <input type="checkbox"/> No - Non <input type="checkbox"/> Yes - Oui	
HR / FR _____	Personal history of CVD / Antécédants personnels de MCV <input type="checkbox"/> No - Non <input type="checkbox"/> Yes - Oui	
DM <input type="checkbox"/> No - Non <input type="checkbox"/> Yes - Oui	Family history of CAD before age 60 / Histoire familiale positive de MCV avant 60 ans <input type="checkbox"/> No - Non <input type="checkbox"/> Yes - Oui	
Smoker / Fumeur <input type="checkbox"/> No - Non <input type="checkbox"/> Yes - Oui	Smoking history: how many / Histoire de tabagisme : combien _____ packs/day / paquets/jour how long / combien d'années _____ years	

C. Diabetes risk factors assessment - Évaluation des facteurs de risque pour le Diabète

Use a validated risk calculator such as FINDRISC (see the Canadian Task Force on Preventive Health Care guideline on Type 2 Diabetes)
Veuillez utiliser un calculateur comme FINDRISC (voir la recommandation du groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs pour le dépistage du diabète de type 2)

Physically active for more than 30 min/day / Actif physiquement pour plus de 30 minutes par jour	<input type="checkbox"/> No - Non	<input type="checkbox"/> Yes - Oui	Choice of risk calculator / Choix du calculateur de risque <input type="checkbox"/> FINDRISC <input type="checkbox"/> CANRISK
Vegetable and fruit consumption every day / Consommation de fruits et de légumes quotidiennement	<input type="checkbox"/> No - Non	<input type="checkbox"/> Yes - Oui	
Ever taken medication for high BP on regular bases / Prise antérieure ou chronique de médicaments contre l'hypertension artérielle	<input type="checkbox"/> No - Non	<input type="checkbox"/> Yes - Oui	
Ever had high blood glucose / Antécédents de glycémie élevée dans le sang	<input type="checkbox"/> No - Non	<input type="checkbox"/> Yes - Oui	
Any members of family with diabetes (type 1 or 2) / Membres de la famille proche souffrant de diabète de type 1 ou 2	<input type="checkbox"/> No / Non	<input type="checkbox"/> Yes (Grandparents, aunt/uncle or cousin) / Oui (Grands-parents, tante/oncle ou cousin)	<input type="checkbox"/> Yes (Parents, brother, sister) / Oui (Parents, frère, soeur)
Result of risk assessment / Résultat de l'évaluation du risque	<input type="checkbox"/> Low to moderate / Bas à modéré	<input type="checkbox"/> High / Haut	<input type="checkbox"/> Very high / Très haut
Date and result of previous A1C testing / Date et résultat du dernier test A1C _____ (yyaa-mm-dj)			

SN/Record # - NM/# de dossier	Last name - Nom de famille	First name - Prénom	DOB - DDN (yyaa-mm-dj)
-------------------------------	----------------------------	---------------------	------------------------

D. Date of last fecal occult blood test
Date de la recherche de sang occulte dans les selles _____ (yyaa-mm-dj)

OR/OU

Date of last colonoscopy
Date de la dernière colonoscopie _____ (yyaa-mm-dj)

OR/OU

Date of last sigmoidoscopy
Date de la dernière sigmoidoscopie _____ (yyaa-mm-dj)

Women Only - Femmes Uniquement

E. Date of last documented pap test
Date du dernier test Papanicolaou documenté _____ (yyaa-mm-dj) ☐ No pap test documented
Pas de test Papanicolaou consigné

F. Date of last mammogram
Date de la dernière mammographie _____ (yyaa-mm-dj) ☐ Requested - Requis

G. Audiogram - Audiogramme

	Right Ear - Oreille Droite							Left Ear - Oreille Gauche						
Test Freq (Hz) - Fréq Test (Hz)	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000	500	1000	2000	3000	4000	6000	8000
Current Hearing level (dB) Niveau d'audition actuel (dB)														
Baseline Hearing level (dB) Niveau d'audition de base (dB)														

Baseline audio date
Date audio de base _____ (yyaa-mm-dj)

H category - Catégorie H
H _____

Is there a threshold shift?
Décalage des seuils auditifs?
☐ No - Non ☐ Yes - Oui

H. Visual acuity - Acuité visuelle

<p>Without glasses - Sans lunettes</p> <p>Distance vision Vision de loin</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">R D / </div> <div style="text-align: center;">L G / </div> </div>	<p>With glasses - Avec lunettes</p> <p>Distance vision Vision de loin</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">R D / </div> <div style="text-align: center;">L G / </div> </div>	<p>V category - Catégorie V</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;">V _____</div>
--	---	---

Date of last documented optometry/ophtalmology exam
Date du dernier examen optométrique/ophtalmologique _____ (yyaa-mm-dj) ☐ No documented ophtalmology exam
Pas d'examen d'ophtalmologie consigné

Technician's name - Nom du technicien	Date (yyaa-mm-dj)
---------------------------------------	-------------------

Annex - Additional Comments
Annexe - Commentaires supplémentaires

SN/Record # - NM/# de dossier	Last name - Nom de famille	First name - Prénom	DOB - DDN (yyaa-mm-dj)
Clinician's additional comments if required - Commentaires supplémentaires du clinicien(ne), si nécessaire			