

Questionnaire confidentiel à remplir par le médecin traitant et à retourner par l'assuré lui-même à l'attention du Médecin Conseil d'APRIL Assurances, 114 boulevard Marius Vivier Merle 69439 LYON Cedex 03.

N° adhérent : .....

Nom/Prénom : .....

Date de naissance : .....

Dossier suivi par : Le Service Médical



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 médical.

Prière de cocher les cases correspondantes et de fournir tout commentaire ou date en regard des réponses affirmatives lorsque cela est souhaité.

	NON - OUI	COMMENTAIRES	DATES
<b>Douleurs thoraciques :</b> - Type :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Angine de poitrine stable <input type="checkbox"/> Angine de poitrine instable <input type="checkbox"/> Spasme coronarien	Depuis : ..... Depuis : ..... Depuis : .....
- Facteurs déclenchants :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Au repos <input type="checkbox"/> A l'effort : <input type="checkbox"/> Modéré <input type="checkbox"/> Intense <input type="checkbox"/> Exceptionnellement intense <input type="checkbox"/> Décubitus <input type="checkbox"/> Autres : .....	
- Evolutivité :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Stable <input type="checkbox"/> D'intensité croissante <input type="checkbox"/> D'intensité décroissante	Premier épisode : ..... Dernier épisode : .....
<b>Douleurs atypiques :</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nature : .....	
<b>Infarctus du myocarde :</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Silencieux <input type="checkbox"/> Unique <input type="checkbox"/> Multiple Nombre : ..... <input type="checkbox"/> Résultant de la coronarographie : <input type="checkbox"/> Lésion monotronculaires <input type="checkbox"/> Lésion bitronculaires <input type="checkbox"/> Lésion tritronculaires	Dernier le : .....
- Complications :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Troubles du rythme Nature : ..... <input type="checkbox"/> Troubles de conduction Nature : ..... <input type="checkbox"/> Anévrisme Localisation : ..... <input type="checkbox"/> Valvulopathie Siège : ..... <input type="checkbox"/> Angor post infarctus	..... ..... ..... .....
- Cardiomégalie, hypertrophie ou dilatation cardiaque :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Légère <input type="checkbox"/> Modérée <input type="checkbox"/> Marquée <input type="checkbox"/> Sévère	Date de constatation : ..... .....

**Nom/Prénom :** ..... **N° adhérent :** .....

	NON - OUI	COMMENTAIRES	DATES
<b>Traitement médical en cours :</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dérivés nitrés <input type="checkbox"/> Bêta-bloquants <input type="checkbox"/> Anticoagulants <input type="checkbox"/> Anti-agrégants plaquettaires <input type="checkbox"/> Hypolipidémiants <input type="checkbox"/> Inhibiteurs calciques <input type="checkbox"/> Autres : .....	Depuis : ..... Depuis : ..... Depuis : ..... Depuis : ..... Depuis : ..... Depuis : .....
<b>Traitement chirurgical :</b> - Pontage coronarien : - Angioplastie : - Autre intervention :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nombre : ..... Sièges : ..... Nombre : ..... Sièges : ..... Laquelle : ..... - Résultat opératoire ( <i>joindre les comptes rendus</i> ) : <input type="checkbox"/> Satisfaisant <input type="checkbox"/> Angine de poitrine ou état de mal angieux persistant <input type="checkbox"/> Occlusion des greffons/testénose <input type="checkbox"/> Anévrisme ventriculaire gauche persistant <input type="checkbox"/> Syndrome postcardiotomie actuel	..... ..... .....
<b>Examens réalisés au cours des 5 dernières années et/ou dans le cadre d'une surveillance :</b>  - ECG : - Repos : - Effort : - Examen radiologique du thorax : - Coronarographie : - Ventriculographie : - Holter ECG : - Holter TA : - Echocardiographie : - Scintigraphie au Thallium : - Autres examens : ( <i>joindre les comptes rendus</i> )	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Anormale <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Anormale <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Anormale <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Anormale <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal Lesquels : ..... Résultats : .....	..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....
- Examens biologiques : ( <i>joindre les résultats</i> )	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Glycémie                   Taux : ..... <input type="checkbox"/> Hémoglobine glyquée <input type="checkbox"/> Autres : ..... Taux : ..... <input type="checkbox"/> Cholestérol total        Taux : ..... <input type="checkbox"/> Cholestérol HDL        Taux : ..... <input type="checkbox"/> Cholestérol LDL        Taux : ..... <input type="checkbox"/> Triglycérides            Taux : .....	..... ..... .....
<b>Investigations ou une opération sont-elles envisagées ?</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Lesquelles : ..... .....	Quand : .....
<b>Fumeur</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cigarettes            Nombre/jour: ..... <input type="checkbox"/> Autres (préciser) : ..... Nombre/jour: .....	

**Nom/Prénom :** ..... **N° adhérent :** .....

	NON - OUI	COMMENTAIRES	DATES
<b>Limitation de l'activité physique :</b>  - Lors des activités poussées : - Lors des activités habituelles : - Lors des activités habituelles réduites : - Personne asymptomatique au repos :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Provoquée par : <input type="checkbox"/> Fatigue <input type="checkbox"/> Palpitations <input type="checkbox"/> Dyspnée <input type="checkbox"/> Syncope <input type="checkbox"/> Douleur angineuse	
<b>Le patient est-il en invalidité ?</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Taux : ..... Catégorie : .....	Depuis : .....
<b>Arrêt de travail :</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nombre : ..... Durée des arrêts : ..... Durée du dernier arrêt : .....	Date du dernier arrêt : .....
<b>Cas de maladies coronariennes, cérébrovasculaires ou des artères périphériques survenues avant l'âge de 60 ans chez les ascendants ou les collatéraux</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Frère(s) <input type="checkbox"/> Soeur(s)	

### Important

Une copie des examens spéciaux avec leurs comptes rendus doit être transmise afin de permettre au service médical de se prononcer en toute connaissance de cause.

Les honoraires du ou des questionnaires médicaux que vous venez de remplir sont remboursés sur la base :

- d'une consultation (1c) pour un généraliste,
- d'une consultation (1cs) pour un spécialiste.

**Date :** .....

**Signature :**

*Cachet du médecin*

**APRIL ASSURANCES UNE SOCIÉTÉ APRIL GROUP**

**Siège social,**  
 Immeuble Aprilium  
 114 boulevard Marius Vivier Merle  
 69439 LYON Cedex 03  
 Fax 04 78 53 65 18 - Internet [www.april.fr](http://www.april.fr)  
 S.A. au capital de 500 000 € - RCS Lyon 428 702 419 - Intermédiaire en assurances - immatriculée à l'ORIAS sous le n° 07 002 609 ([www.orientas.fr](http://www.orientas.fr))  
 Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles - 61 rue Taitbout - 75436 Paris cedex 09.

