

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.

Date du diagnostic :

Date de la dernière consultation :

	NON - OUI	COMMENTAIRES
BILAN POLYSOMNOGRAPHIQUE <i>(joindre le compte rendu)</i> - avant traitement :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Si oui, précisez l'index d'apnée-hypopnée :
- sous traitement : (polysomnographie ou relevé d'observance)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Si oui, préciser : - l'index d'apnée-hypopnée résiduel : - le nombre d'heures d'observance par nuit :
TRAITEMENTS EN COURS	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Pour le syndrome d'apnées : Autres traitements :
FACTEURS CO-MORBIDES - excès pondéral :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Si oui : Poids : Taille :
- hypertension artérielle :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Si oui, P.A. :
- diabète :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Si oui, dernier résultat de l'HbA1C :
- dyslipidémie :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Si oui, dernier résultat du bilan lipidique :
- tabagisme :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Si oui, précisez l'importance :

Nom/Prénom : **N° adhérent :**

	NON	OUI	COMMENTAIRES
COMPLICATIONS EVENTUELLES			
<u>CARDIAQUES</u> : Si oui, joindre le dernier bilan de surveillance cardio-vasculaire spécialisé			
- Angor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- infarctus du myocarde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>CEREBRALES</u> : Si oui, joindre le dernier bilan de surveillance cardio-vasculaire spécialisé			
- accidents ischémiques transitoires :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- accident vasculaire constitué :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<u>RESPIRATOIRES</u> : Si oui, joindre les dernières EFR pratiquées ou précisez les résultats principaux :			
- insuffisance respiratoire :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Remarques éventuelles (autres traitements ou autres affections présentes) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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
 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)
 Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles - 61 rue Taitbout - 75436 Paris cedex 09.

