

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.

Diagnostic : .....

Date de découverte : ..... Date de la dernière consultation : .....

	NON - OUI	COMMENTAIRES	DATES
<b>Etiologie connue :</b> - Alcoolique : - Virale : - Médicamenteuse : - Autre :	<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"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> c Autre virus : ..... Laquelle ? ..... Laquelle ? .....	
<b>Présence :</b> - D'ictère : - D'hépatomégalie : - D'ascite : - D'encéphalopathie hépatique : - D'hypertension portale : - D'angiomes stellaires :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Flèche hépatique : ..... cm <input type="checkbox"/> Consistance dure <input type="checkbox"/> Surface irrégulière	Depuis : .....
<b>Forme d'hépatite :</b> - Aiguë : - Fulminante : - Chronique :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
<b>Traitement médical :</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Corticothérapie au long cours <input type="checkbox"/> Bêta-bloquant <input type="checkbox"/> Immunodépresseur au long cours <input type="checkbox"/> Interféron <input type="checkbox"/> Acide ursodésoxycholique <input type="checkbox"/> Autre	..... ..... ..... ..... .....
<b>Traitement chirurgical antérieur :</b> (joindre les comptes rendus)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dérivation porto-systémique <input type="checkbox"/> Autre (nature/localisation) : ..... .....	..... .....



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

## 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.orias.fr](http://www.orias.fr))  
Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles - 61 rue Taitbout - 75436 Paris cedex 09.

