

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 :

Manifestation :	Episode unique : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si non, nombre de récurrences : Date de la dernière récurrence :
Forme :	<input type="checkbox"/> Aiguë <input type="checkbox"/> Chronique
Localisation :	<input type="checkbox"/> Unilatérale <input type="checkbox"/> Bilatérale
Résultat du dernier examen des urines*	Date :
- chimie :	<input type="checkbox"/> Albumine Dosage : g/l. <input type="checkbox"/> Sucre Dosage : g/l. <input type="checkbox"/> Cylindres Quantité : /ml.
- cyto bactériologie :	<input type="checkbox"/> Hématies Quantité : /ml. <input type="checkbox"/> Leucocytes Quantité : /ml.
Résultat du dernier examen sanguin :	
- NFS	Dosage :
- urée	Dosage :
- créatinine	Dosage :
- clairance de la créatinine	Dosage :

* 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.

Nom/Prénom : N° adhérent :

Résultat d'une éventuelle biopsie rénale <i>(joindre la copie des résultats)</i>	Date : Résultat :
Nature, durée et résultats des traitements (y compris chirurgicaux) : <i>(joindre les comptes rendus)</i>
Présence d'œdème	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Date :
Notion d'aggravation	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Laquelle :
Notion de stabilisation de l'affection	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui, depuis quand :
Dialyse ou transplantation rénale prévue	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Commentaire :
Date de guérison
Pronostic
Date et durée des arrêts de travail
Le patient est-il en invalidité ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Taux : Catégorie :

Remarques éventuelles (autres traitements ou autres affections présentes) :

Taille : Poids :
Tension artérielle : Traitée Non traitée

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

