

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
Hyperthyroïdie présente :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Depuis :
Hyperthyroïdie de l'adulte :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Depuis :
Euthyroïdie :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Rétablie depuis :
Maladie de Basedow :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Goître : - dimension stable :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Toxique <input type="checkbox"/> Non toxique <input type="checkbox"/> De type non spécifié	Depuis :
Nodule solitaire : - dimension stable :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Chaud* <input type="checkbox"/> Froid*	Depuis :
Tumeur* :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Diagnostic histologique :	Depuis :
Thyroïdite :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> De Hashimoto <input type="checkbox"/> Autre :	Guérison depuis :

Nom/Prénom : N° adhérent :

	NON - OUI	COMMENTAIRES	DATES
Présence : - de tremblement : - d'exophtalmie : - de ralentissement psychomoteur persistant : - de répercussions cardiaques : - de myxocédème persistant :	<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"/> Maligne : Nature : <input type="checkbox"/> Marqué <input type="checkbox"/> Sévère
Traitement médical : - toujours en cours :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Lequel : Si non, interrompu :	Depuis : Depuis :
Traitement chirurgical : - réalisé : - prévu : <i>(joindre les comptes rendus)</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Résultats : Nature : Séquelles :
Examens réalisés : - ECG* : - repos : - effort : - Scintigraphie : - Echographie : - Radiothérapie : - TSH : - T4 <i>(joindre les comptes rendus et résultats)</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"/> normal <input type="checkbox"/> anormal* <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal* Résultats : Résultats : Résultats : Résultats : Résultats :
Hypercholestérolémie :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Taux :
Apte au travail à temps complet : Le patient est-il en invalidité :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Taux : Catégorie :
Personne suffisamment autonome :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Nom/Prénom : N° adhérent :

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.orientas.fr)

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

