

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.

DOULEURS LOMBAIRES

LOMBALGIES

LOMBO-SCIATIQUE

HERNIE DISCALE

LUMBAGO

SCIATIQUE

Diagnostic : .....

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

**Symptomatologie**  
(dates et nature des épisodes)

.....  
.....  
.....

**Localisation**  
(dates et nature des épisodes)

.....  
.....  
.....

**Dernier traitement détaillé :**  
(Joindre la copie du compte rendu de la dernière consultation en neurologie)

.....  
.....  
.....

**Résultat des radiographies, scanner ou IRM**  
(joindre les comptes rendus)

.....  
.....  
.....

**Nature, durée et résultat des traitements :**

.....  
.....  
.....

**Y a-t-il eu un geste chirurgical ?**  
(joindre les comptes rendus)

Si oui, lequel : .....

.....  
.....  
.....

**Examen clinique de la colonne vertébrale**  
(souplesse, Lasègue, ...)

.....  
.....  
.....

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

<b>Etat actuel du rachis</b>	..... ..... ..... .....
<b>Avis, pronostic</b>	..... ..... ..... .....
<b>Descriptions des activités professionnelles</b>	..... ..... ..... .....
<b>Dates et durées des arrêts de travail éventuels</b>	..... ..... ..... .....
<b>Le patient est-il en invalidité ?</b> <i>(joindre la notification)</i>	Si oui, à quel taux ? ou dans quelle catégorie : ..... .....

**Remarques éventuelles (autres traitements ou autres affections présentes) :** .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Taille :** ..... **Poids :** .....

**Tension artérielle :** .....  Traitée  Non traitée

**Important**

Si des examens spéciaux ont été réalisés, une copie 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.

