

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.

NATURE DE LA VALVULOPATHIE AYANT MOTIVE LA CHIRURGIE :

Etiologie :

Valve(s) concernée(s) :

Date de découverte : Date de la dernière consultation :

Date d'intervention :

	NON - OUI	COMMENTAIRES	DATES
Prothèse mécanique :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Laquelle :
Bioprothèse :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Valve de porc <input type="checkbox"/> Péricarde de veau <input type="checkbox"/> Autologue
Commissurotomie/ Valvuloplastie : <i>(joindre les comptes rendus opératoires)</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Résultat opératoire satisfaisant :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Si non, pourquoi :
Réintervention envisagée :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Quand :
Traitement médical en cours :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Anticoagulants <input type="checkbox"/> Autre :	Depuis : Depuis :
Complications :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Calcification valvulaire étendue <input type="checkbox"/> Accident hémorragique <input type="checkbox"/> Troubles du rythme, lesquels : <input type="checkbox"/> Autres :
Hypertrophie ou dilatation cardiaque :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Légère <input type="checkbox"/> Modérée <input type="checkbox"/> Marquée <input type="checkbox"/> Sévère

Nom/Prénom : N° adhérent :

	NON - OUI	COMMENTAIRES	DATES
Examens réalisés au cours des cinq dernières années* : - ECG repos : - ECG effort : - examen radiologique du thorax : - échocardiographie : <i>(joindre les comptes rendus)</i> - échodoppler cardiaque : <i>(dimensions cavitaires, épaisseur des parois, FEVG, gradients trans-prothétiques)</i> - coronarographie : - autres examens :	<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"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Anormale <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Anormale Lesquels : Résultat :
Examens réalisés au cours des 6 derniers mois : - ECG repos : - échocardiographie : <i>(joindre les comptes rendus)</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Anormale <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Anormale	
Limitation de l'activité physique : - lors activité habituelle : - lors activité habituelle même réduite : - personnes asymptomatique au repos : - stade NYHA :	<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"/>	Provoquée par : <input type="checkbox"/> Fatigue <input type="checkbox"/> Palpitation <input type="checkbox"/> Dyspnée <input type="checkbox"/> Syncope 	
Veillez préciser en plus, en cas de : Rétrécissement aortique : Chirurgie valvulaire pulmonaire :		<input type="checkbox"/> Dilatation valvulaire par ballonnet percutanée Présence de : <input type="checkbox"/> Dilatation résiduelle de l'artère pulmonaire <input type="checkbox"/> Hypertrophie ventriculaire droite résiduelle	Date et durée de l'intervention :
EXAMEN CLINIQUE : Persistance d'une anomalie stéthacoustique :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Systolique Intensité : Nature : <input type="checkbox"/> Diastolique Intensité : Nature :	

Nom/Prénom : N° adhérent :

	NON - OUI	COMMENTAIRES	DATES
Anomalies des bruits du cœur :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Lesquelles : Intensité :	
Signes cliniques d'insuffisance cardiaque :			
ECG : - rythme sinusal :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
- ACFA :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
- excitabilité ventriculaire :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

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.

