

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.

Type de diabète (insulinodépendant ou non insulinodépendant) :

Date de découverte : Date de la dernière consultation :

DOSAGES (les 2 plus récents)	Taux	Dates	Taux	Dates
GLYCEMIE - à jeun				
HEMOGLOBINE GLYCOSYLEE HbA1c				
MICROALBUMINURIE				
FRUCTOSE				
GLYCOSURIE				
PROTEINURIE				
ACETONURIE				

	NON - OUI	COMMENTAIRES	DATES
Au cours des 6 derniers mois : Glycémie supérieure à 15,4 mmol/l (200 mg/100ml)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> A plusieurs reprises Nombre de fois : <input type="checkbox"/> Lors d'une maladie aiguë intercurrente	
Hypoglycémie :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Seulement occasionnelle <input type="checkbox"/> Episodes fréquents	
Antécédents d'acido-cétose, de coma acido-cétosique ou hyper osmolaire non cétosique	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nombre :	Dernier le :
Sous surveillance médicale	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Depuis le :
Diabète contrôlé	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Depuis le :
Traitement :			
- Antidiabétiques oraux :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nature : Posologie :	Depuis le :
- Insulinothérapie en cours :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nature : Posologie :	Depuis le :
- Autre médicaments :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Lesquels : Pourquoi :	Depuis le :

Nom/Prénom : N° adhérent :

	NON - OUI	COMMENTAIRES	DATES
En cas de diabète actuellement non insulino-dépendant (type 2), veuillez préciser s'il existe des motifs pouvant rendre nécessaire l'instauration d'une insulinothérapie	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Lesquels :	A partir de quand :
ECG* : - Repos : - Effort :	<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*
Fond de l'oeil anormal* - Présence de rétinopathie proliférative	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Stade :	
Manifestations : - De maladie coronarienne - De maladie cérébrovasculaire - De maladie des artères périphériques - De néphropathie diabétique - De protéinurie inexplicquée - De neuropathie diabétique autonome - De neuropathie diabétique périphérique	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Lesquelles : <input type="checkbox"/> Invalidante
Complications : mal perforant, gangrène...	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Préciser :
Cas de maladies coronariennes, cérébrovasculaires ou des artères périphériques survenues avant l'âge de 60 ans chez les ascendants ou les collatéraux	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Frère(s) <input type="checkbox"/> Soeur(s)	
Fumeur	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cigarettes Nombre/jour: <input type="checkbox"/> Autres (préciser) : Nombre/jour:	
Dates et durées des arrêts de travail éventuels	
Dates et durées des hospitalisations éventuelles (joindre les comptes rendus)		Motifs :
Le patient est-il en invalidité ? (joindre la notification)		Si oui, à quel taux? ou dans quelle catégorie :	

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.

