

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
Cause indéterminée ou incertaine :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Si non, laquelle :
Maladie cardiaque ischémique clairement diagnostiquée :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Examens réalisés au cours des 5 dernières années :			
- EGC repos :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal
- EGC effort :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal
- Examen radiologique du thorax :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal
- Coronarographie :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Anormale
Exploration de l'activité physique habituelle :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Laquelle :	Quand :
Limitation de l'activité physique habituelle :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Provoquée par : <input type="checkbox"/> Fatigue <input type="checkbox"/> Dyspnée <input type="checkbox"/> Douleur angineuse <input type="checkbox"/> Palpitation <input type="checkbox"/> Syncope	
Fumeur :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cigarettes Nombre/jour : <input type="checkbox"/> Cigares Nombre/jour : <input type="checkbox"/> Pipes Nombre/jour :
Diabète sucré :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Hyperlipoprotéïnémie :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cholesterol Taux : <input type="checkbox"/> Triglycérides Taux :
Au cours des 3 dernières années, absentéisme pour raisons cardiovasculaires :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Motif :	Durée :

Nom/Prénom : N° adhérent :

	NON - OUI	COMMENTAIRES	DATES
Cas de maladie coronarienne, cérébrovasculaire ou des artères périphériques survenue 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)	
Localisation : <input type="checkbox"/> Région rétrosternale <input type="checkbox"/> En travers du thorax <input type="checkbox"/> Paroi gauche du thorax <input type="checkbox"/> Paroi droite du thorax		Facteurs déclenchants : <input type="checkbox"/> Effort <input type="checkbox"/> Emotion <input type="checkbox"/> Inspiration profonde <input type="checkbox"/> Toux <input type="checkbox"/> En se penchant <input type="checkbox"/> Par pression sur la paroi thoracique	
Irradiation : <input type="checkbox"/> Epaule <input type="checkbox"/> Bras <input type="checkbox"/> Cou <input type="checkbox"/> Mâchoire <input type="checkbox"/> Dos <input type="checkbox"/> Aucune		Intensité des douleurs : <input type="checkbox"/> Légère <input type="checkbox"/> Moyenne <input type="checkbox"/> Forte <input type="checkbox"/> Très forte	
Douleur : <input type="checkbox"/> Constrictive <input type="checkbox"/> Brûlante <input type="checkbox"/> Oppressive <input type="checkbox"/> En coup de poignard <input type="checkbox"/> Pesante		Facteurs faisant cesser la douleur : <input type="checkbox"/> Repos <input type="checkbox"/> Coronaro-dilateurs <input type="checkbox"/> Consommation de lait <input type="checkbox"/> Anti-acides et anesthésiques locaux	
Horaire : <input type="checkbox"/> Dès les premiers pas le matin <input type="checkbox"/> Lors du repos nocturne, sédation immédiate en s'asseyant <input type="checkbox"/> Allongé après les repas		Durée des douleurs : <input type="checkbox"/> Minutes <input type="checkbox"/> Semaines <input type="checkbox"/> Heures <input type="checkbox"/> Mois	
Origine ischémique de la douleur :	<input type="checkbox"/> Improbable	<input type="checkbox"/> Suspectée	<input type="checkbox"/> Probable

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.

