

**Questionnaire à remplir par le médecin traitant et à retourner par l'assuré lui même sous enveloppe secret médical à APRIL Assurances, à l'attention du Médecin traitant, 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.

Diagnostic exact :					
Insomnie	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	Dépression	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
Anxiété	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	Type : .....		
Attaque de panique	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	Episodes maniaques	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
Phobies	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	Troubles bipolaires	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
Obsessions	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	Troubles liés à un toxique	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
Troubles obsessionnels compulsifs	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	Bouffées délirantes	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
Hystérie	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	Schizophrénie	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
Troubles de conversion	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	Psychose hallucinatoire	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
Autre	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui			
Si oui, lequel : .....					
Précisions (nature/importance) : .....					
.....					
.....					

<b>Facteur(s) déclenchant(s) :</b>	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
Commentaire : .....		
.....		
.....		
Date : .....		

<b>Date d'apparition des premiers symptômes :</b>	.....
---	-------

<b>Date du diagnostic :</b>	.....
-----------------------------	-------

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

**Evolution :**

Episode unique	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	
Récidive	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	Dates : .....
Aggravation continue	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	
Stabilisation	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	Depuis : .....
Précision	..... .....		
Tentative de suicide (joindre les comptes rendus d'hospitalisation)	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Unique <input type="checkbox"/> Récidive(s) Nombre : ..... Date(s) : ..... Moyen(s) utilisé(s) : .....
Idées suicidaires	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	Antérieures : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Actuelles : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Précisions : .....

**Répercussions fonctionnelles :**

Arrêt de travail	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	Date(s)/Durée(s) : .....
Activités réduites	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	Mi-temps thérapeutique : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Conditions de travail : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Invalidité (joindre copie de la notification)	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	Si oui, à quel taux ? ..... Quelle catégorie Sécurité Sociale ? .....
Situation juridique			- Tutelle : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui - Curatelle : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui - Sauvegarde de justice : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui - Autre : .....

**Troubles associés :**

Epilepsie	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
Parkinson	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
Déficit intellectuel	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
Traumatisme crânien	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
Autres	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
Précisions :	..... .....	

**Facteurs de risques associés :**

Alcool	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	Consommation journalière : ..... Si arrêt, depuis quand : .....
Autres conduites addictives	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	Lesquelles : .....
Précisions :	..... .....		

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

## Traitement(s) suivi(s) :

Médicamenteux (nature/posologie journalière)	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	Si oui :	<input type="checkbox"/> Antidépresseurs
				<input type="checkbox"/> Electrochocs
				<input type="checkbox"/> Lithium au long cours
				<input type="checkbox"/> Tranquillisants
				<input type="checkbox"/> Neuroleptiques ou autres antipsychotiques

Toujours en cours ?  Non  Oui

Autres (psychothérapie/hôpital de jour...) : .....  
 ..... Fréquence des consultations : .....

## Hospitalisations : (joindre les comptes-rendus)

Hospitalisation :	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
	Date(s), durée, motif : .....	

Service réanimation :	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
	Date(s), durée, motif : .....	

Quel est votre pronostic personnel et comment jugez-vous la coopération de votre patient(e) ? : .....

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

Antécédent familial de trouble mental ou de suicide :	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
	Précisions : .....	

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](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.orient.fr](http://www.orient.fr))  
 Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles - 61 rue Taitbout - 75436 Paris cedex 09.

