

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.

Diagnostic :

Date de découverte : Date de la dernière consultation :

	NON - OUI	COMMENTAIRES
AFFECTION INVALIDANTE		
- Congénitale ou héréditaire ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Date des premiers symptômes :
- Acquise ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Date de diagnostic :
- Post-traumatique ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nature :
L'affection est-elle : - stabilisée ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
- évolutive ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
LE PATIENT PRESENTE-T-IL :		
- une atteinte cutanée de type plaies, escarres, ulcérations, cicatrices ... ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Préciser la localisation, le type de lésion et l'étendue :
- une atteinte au niveau :		Préciser la nature de l'atteinte :
- des membres ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
- du tronc (rachis cervico-dorso-lombaire et bassin) ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
- de la tête ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
- est-il porteur de prothèses ostéo-articulaire, matériel de fixation, ou prothèse externe ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Préciser :
- utilise-t-il un appareil (fauteuil roulant, canne béquille, minerve, corset, attelle...) ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Préciser :
LE PATIENT :		
- a-t-il ou a-t-il eu des crises convulsives, tremblements, mouvements anormaux, autres, ... ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Préciser :
- a-t-il ou a-t-il eu des troubles du tonus musculaire de type : contracture, hypertonie, spasticité et/ou une raideur ou ankylose articulaire ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Préciser :
- a-t-il des troubles ou des atteintes connues :		Préciser :
- de la marche, du sommeil, des sens (élocution, parole, vision, audition, équilibre...) ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
- neurologiques (sensibilité, douleur, anesthésie, déficit moteur, paralysie...) ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Préciser :
- cardio-vasculaires, respiratoires, digestifs, génito-urinaires (rétention, incontinence, infection) ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Préciser :

Nom/Prénom : N° adhérent :

TRAITEMENTS :	NON - OUI	COMMENTAIRES	
		ANTERIEURS	ACTUELS
- Médicaux (y compris infiltrations, synoviorthèses)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
- Chirurgicaux	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
- Kinésithérapie ou ostéopathie, manipulations, cures	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Le patient a-t-il fait des séjours en milieu hospitalier ou assimilé ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Date(s), durée(s), motif(s) :	
Existe-t-il un suivi médical et paramédical régulier avec une bonne compliance du patient ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Préciser :	

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
 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.

