

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 : Hypertension : Essentielle Secondaire Maligne

Date de découverte : Date de la dernière consultation :

Mesures effectuées au cours des 2 dernières années

Date	Chiffres		Date	Chiffres		Date	Chiffres	
	SYST.	DIAST.		SYST.	DIAST.		SYST.	DIAST.

	NON - OUI	COMMENTAIRES	DATES
Cause indéterminée :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Si HTA secondaire, cause : <input type="checkbox"/> Toujours présente	
Traitement antihypertenseur : - Toujours en cours :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Lequel ?	Depuis : Sinon interrompu depuis :
Examens : - ECG : - Repos : - Effort : - Holter : - Echocardiographie HVG : - Fond d'oeil : - Présence de rétinopathie : - Examen des urines réalisé au cours des trois derniers mois : <i>(joindre les comptes rendus)</i> - Examens sanguins :	<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 Stade : <input type="checkbox"/> Hypertensive <input type="checkbox"/> Artériosclérose <input type="checkbox"/> Protéines Résultat : <input type="checkbox"/> Sucre Résultat : <input type="checkbox"/> Examen microscopique des urines Résultat : Cholestérol total : g/l Triglycérides : g/l Cholestérol HDL : g/l Glycémie : g/l

Nom/Prénom : N° adhérent :

	NON - OUI	COMMENTAIRES	DATES
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"/> Frère(s) <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Soeur(s)	
Facteurs de risques :			
- Fumeur :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Consommation journalière :	Depuis :
- Alcool :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Consommation journalière :	Depuis :
- Diabète :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Type : Traitement :	Depuis :
- Dyslipidémie :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Type : Dosage :
- Athérosclérose associés :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Lesquels ?
Autres facteurs de risque de l'athérosclérose associés :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Lesquels ?	
Y a-t-il eu des arrêts de travail :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Durée ?	Date :
Le patient est-il en invalidité :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	A quel taux ? Dans quelle catégorie :	

Pronostic :
.....

Remarques éventuelles (autres traitements ou autres affections présentes) :
.....
.....
.....

Taille : **Poids :**

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.

