

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	DATES
<b>Localisation :</b> - Rénale : - Urétérale : - Vésicale :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/> Gauche	..... ..... .....
<b>Pathologie associée :</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Si oui, la(es)quelle(s) : ..... Traitement en cours : ..... .....	..... .....
<b>Traitement :</b> - Néphrectomie : - Autre intervention, lithotripsie...: <i>(joindre les comptes rendus opératoires et anatomopathologiques)</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/> Gauche Laquelle : ..... Résultat opératoire : .....	..... .....
<b>Hospitalisation :</b> <i>(joindre le compte rendu)</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Motifs : ..... ..... .....	..... .....
<b>Calculs éliminés :</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Persistants à droite <input type="checkbox"/> Persistants à gauche Nature chimique des calculs : ..... .....	..... .....
<b>Examens des urines réalisés au cours des 3 dernières années :</b> - Protéines : - Examens cyto bactériologiques : - Fonction rénale :  - Autres examens de surveillance spécialisés : <i>(joindre les comptes rendus)</i>		Résultat : ..... Résultat : ..... Créatininémie : Résultat : ..... Uricémie : Résultat : ..... Calcémie : Résultat : .....  Lesquels : ..... Résultat : .....	..... ..... ..... ..... ..... .....

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

	NON - OUI	COMMENTAIRES	DATES
<b>Complications éventuelles :</b> - Infectieuses :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	..... .....	

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

