

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 (indiquer la nature exacte de la lésion) :

Localisation :

Date de découverte : Date de la dernière consultation :

	NON - OUI	COMMENTAIRES	DATES
Classification connue : - établie par scanner :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Quel stade ? <input type="checkbox"/> IA <input type="checkbox"/> IIIA <input type="checkbox"/> IB <input type="checkbox"/> IIIB <input type="checkbox"/> IIA <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> IIB Quel type histopathologique ? <input type="checkbox"/> lymphocytaire <input type="checkbox"/> cellularite mixte <input type="checkbox"/> sclérose nodulaire <input type="checkbox"/> déplétion lymphocytaire	
Traitement : - chirurgie :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Laquelle : Resultat :	Depuis :
- radiothérapie :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Localisation : <input type="checkbox"/> Interrompue	Depuis : Depuis :
- chimiothérapie :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Protocole : <input type="checkbox"/> Interrompue <input type="checkbox"/> Réinduction nécessaires	Depuis : Depuis :
- greffe :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Laquelle : <input type="checkbox"/> allogreffe <input type="checkbox"/> autogreffe Resultat :	Depuis :
- autre :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Lequel : <input type="checkbox"/> Interrompue	Depuis :
Evolution : - rémission complète : - récurrence(s) : - séquelles (y compris thérapeutiques) :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nombre : Lesquelles :	Depuis : Constatée(s) le :

Nom/Prénom : N° adhérent :

	NON - OUI	COMMENTAIRES	DATES
Bilan de surveillance :		Dernier contrôle le :	
- scanner :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal*	
- radiographie du thorax :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal*	
- échocardiographie :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal*	
- TEP SCAN :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal*	
- numération des lymphocytes :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nombre :	
- numération des thrombocytes (splénectomie) :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nombre :	
- autres examens :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Lesquels : Résultat :	
	
	
	
Arrêt de Travail :		Durée :	
- reprise du travail :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> A temps partiel	Depuis :
		<input type="checkbox"/> A temps complet	Depuis :
- Le patient est-il en invalidité :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Taux :	
		Catégorie :	

Remarques éventuelles (autres traitements ou autres affections présentes) :

.....

.....

.....

.....

.....

Taille : Poids :

Tension artérielle : Traitée Non traitée

Important

* La communication des comptes rendus histologiques et opératoires ainsi que du protocole de tout examen anormal, est indispensable.

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.

