

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.

I- DECOUVERTE DE L'AFFECTION

- Date de la découverte :

Primo infection (si connue) :/...../.....

Conversion sérologique :/...../.....

II- ETAT GENERAL

Veuillez indiquer : la taille :cm le poids :kg

Poids lors de la découverte de la séropositivité :

Tension artérielle : / Traitée Non traitée

III- TRAITEMENTS SUIVIS

- Premier traitement anti-viral suivi :

. Médicament 1 :

. Médicament 2 :

. Médicament 3 :

. Médicament 4 :

. Médicament 5 :

Durée de ce traitement :mois Motif d'interruption :

- Dernier traitement anti-viral suivi :

. Médicament 1 :

. Médicament 2 :

. Médicament 3 :

. Médicament 4 :

. Médicament 5 :

Durée de ce traitement :mois Motif d'interruption :

IV- SUIVI MEDICAL

Nombre de consultations par an chez le médecin référent : / an

Le proposant a-t-il été hospitalisé au cours des 5 dernières années ? Non Oui

Précisez :

.....

(Si oui, joindre les comptes rendus hospitaliers correspondants)

Nom/Prénom : N° adhérent :

V- ACTIVITE PROFESSIONNELLE

Activité professionnelle antérieure à la séropositivité :

Activité actuelle :

Y a-t-il eu des arrêts de travail au cours des deux dernières années ?

1/ Date d'arrêt :/...../..... Durée :mois

2/ Date d'arrêt :/...../..... Durée :mois

3/ Date d'arrêt :/...../..... Durée :mois

Compléter les paragraphes suivants en fonction de l'affection virale dont le patient est atteint.

VI- RENSEIGNEMENTS SPECIFIQUES HEPATITE B**BIOLOGIE**

Précisez les trois derniers résultats des enzymes suivantes :

- ASAT : ALAT : Date :/...../.....

- ASAT : ALAT : Date :/...../.....

- ASAT : ALAT : Date :/...../.....

- Gamma GT : Date :/...../.....

Les deux derniers résultats de la mesure d'ADN viral dans le sérum :

1e mesure : Date :/...../.....

2e mesure : Date :/...../.....

Veuillez joindre :

1. La dernière N.F.S. pratiquée

2. Le dernier compte rendu d'une P.B.H. (si pratiquée)

VII- RENSEIGNEMENTS SPECIFIQUES HEPATITE C**BIOLOGIE**

Précisez les trois derniers résultats des enzymes suivantes :

- ASAT : ALAT : Date :/...../.....

- ASAT : ALAT : Date :/...../.....

- ASAT : ALAT : Date :/...../.....

- Gamma GT : Date :/...../.....

Les deux derniers résultats de la mesure d'ADN viral dans le sérum :

1e mesure : Date :/...../.....

2e mesure : Date :/...../.....

Veuillez joindre :

1. La dernière N.F.S. pratiquée

2. Le dernier compte rendu d'une P.B.H. (si pratiquée)

Nom/Prénom : N° adhérent :

VIII- RENSEIGNEMENTS SPECIFIQUES AFFECTION V.I.H.

MALADIES PRESENTEES DEPUIS LA DECOUVERTE DE LA SEROPOSITIVITE

	NON	OUI	COMMENTAIRES
Le proposant a-t-il présenté :			
- des diarrhées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- une toxoplasmose secondaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- une pneumocystose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- un ou plusieurs accès de candidose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- une maladie de Kaposi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- une augmentation de taille des ganglions lymphatiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- une autre maladie virale :			
. Hépatite B, C ou autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. Herpès	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. Zona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. Infection par le CMW	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. Infection par le virus d'Epstein Barr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
. Autre virus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- une autre infection opportuniste ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A-t-il suivi ou suit-il un traitement préventif contre les maladies opportunistes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, lequel et depuis quand :

BIOLOGIE

Nombre de lymphocytes CD4 lors de la découverte de la séropositivité ? / mm³

Quel a été le taux de lymphocytes CD4 le plus bas ? / mm³

Précisez les trois dernières mesures de lymphocytes CD4 :

Nombre : mm³ Date :/...../.....

Nombre : mm³ Date :/...../.....

Nombre : mm³ Date :/...../.....

Précisez les trois dernières mesures de lymphocytes CD8 :

Nombre : mm³ Date :/...../.....

Nombre : mm³ Date :/...../.....

Nombre : mm³ Date :/...../.....

Précisez les résultats des trois dernières charges virales (ARN viral par PCR) :

Taux (copies/ml) : Date :/...../.....

Taux (copies/ml) : Date :/...../.....

Taux (copies/ml) : Date :/...../.....

Précisez les résultats d'éventuelles recherches de mutations virales :

Précisez les résultats des trois derniers bilans lipidiques :

Triglycérides : g/L Cholestérol T : g/L et H.D.L. : g/L Date :/...../.....

Triglycérides : g/L Cholestérol T : g/L et H.D.L. : g/L Date :/...../.....

Triglycérides : g/L Cholestérol T : g/L et H.D.L. : g/L Date :/...../.....

Nom/Prénom : N° adhérent :

Le patient est il en invalidité ? Non Oui

Si oui à quel taux ?

Dans quelle catégorie ?

Remarques éventuelles (autres traitements ou autres affections présentes) :

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

Important

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.

