

Questionnaire 15053 : MALADIES INTESTINALES CHRONIQUES INFLAMMATOIRES



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) :

Date de découverte : Date de la dernière consultation :

	NON - OUI	COMMENTAIRES	DATES
Localisation :			
- iléon :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
- côlon uniquement :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
- iléo colite :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
- plus de 2 segments de l'intestin grêle :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
- atteinte diffuse de l'intestin grêle :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
- autre :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Dates des poussées :			Dernière le :
Rémission :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Depuis :
Traitement médical :			
- Salazopyrine ou apparenté :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Depuis :
- Corticothérapie au long cours :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Posologie : <input type="checkbox"/> Interrompue	Depuis : Depuis :
- Immunosuppresseur au long cours :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Lequel : <input type="checkbox"/> Interrompue	Depuis : Depuis :
- Anti TNF ou apparenté :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Lequel : <input type="checkbox"/> Interrompue	Depuis : Depuis :
- nutrition parentérale :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Durée :
- autre :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Lequel :	Depuis :
Hospitalisation : (Joindre les comptes rendus)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Si oui, motif et durée :

Nom/Prénom : N° adhérent :

	NON - OUI	COMMENTAIRES	DATES
Traitement chirurgical : <i>(Joindre les comptes rendus opératoire et anatomopathologique)</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Si oui, lequel :
Complications : - fistule (entéro-vésicale, colovésicale, colo-vaginale ou colorectale) : - mégacôlon toxique : - perforation, fissure anale : - anémie : - perte de poids : - autre :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Persistante après opération Taux de l'hémoglobine : Kg Laquelle :
Examens réalisés au cours des 12 derniers mois : - endoscopie : - transit du grêle : - scanner : - vidéo capsule : - détermination de la vitesse de sédimentation : - autre : <i>(Joindre les comptes rendus et résultats)</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Anormale <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Anormale <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Anormale <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Anormale <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Anormale Lequel : Résultats :
Arrêts de travail :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Si oui, date et durée :
Invalidité : <i>(joindre copie de la notification)</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Si oui, taux ou catégorie :
Tabagisme :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Consommation quotidienne :

Nom/Prénom : N° adhérent :

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

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.

