

Questionnaire 15037 : OBESITE MAJEURE CHIRURGIE DE L'OBESITE



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 - AFFECTION

Poids actuel : Kg Taille : cm T.A. : Max : Min :

Maximum atteint : Poids : Kg IMC : Date :

	NON	OUI	COMMENTAIRES
Des fluctuations de poids répétées ont-elles été observées :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Le proposant est-il suivi par :			Fréquence :
- Un médecin traitant ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> /an
- Un (des) spécialiste(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> /an ; si oui, lesquels :
		
II - Le proposant est-il fumeur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, préciser la consommation journalière : cigarettes.
III- AFFECTIONS ASSOCIEES			
Le proposant présente-t-il ou a-t-il présenté :			
Des troubles métaboliques ?			Si oui, préciser :
- Diabète :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Dyslipidémies :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des troubles cardiovasculaires ?			Si oui, préciser :
- Coronaropathie :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Hypertension artérielle :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Trouble du rythme :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Accident vasculaire cérébral :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Autres :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, préciser :
			(En cas de réponse positive, fournir le dernier bilan de surveillance cardiovasculaire réalisé).
Des troubles respiratoires ?			Si oui, préciser :
- Syndrome d'apnée du sommeil :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Troubles ventilatoires :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Hypertension pulmonaire :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Autres :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, préciser :
			(En cas de réponse positive, fournir le dernier bilan de surveillance cardiovasculaire réalisé).

Nom/Prénom : **N° adhérent :**

	NON - OUI	COMMENTAIRES
D'autres affections telles que :		Si oui, préciser :
- Dépression nerveuse :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
- Lésions dégénératives articu- laires :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
- Affection rhumatologique :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
- Troubles veineux :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
- Autres :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Si oui, préciser : (En cas de réponse positive, fournir le dernier bilan de surveillance cardiovasculaire réalisé).

IV - TRAITEMENTS	NON - OUI	COMMENTAIRES
- Régime ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Préciser lesquels : En cours : Interrompu depuis le :
- Médicaments ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
- Cure d'amaigrissement ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
- Pose d'un ballonnet gastrique ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
- Chirurgie ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

V - CHIRURGIE DE L'OBESITE	NON - OUI	COMMENTAIRES
Quel était le poids avant l'inter- vention ?	 Kg Date :

Interventions :	1 ^e intervention	2 ^e intervention
Date/...../...../...../.....
Nature	<input type="checkbox"/> Pose d'un anneau gastrique <input type="checkbox"/> By-pass gastrique <input type="checkbox"/> Autre, à préciser :	<input type="checkbox"/> Pose d'un anneau gastrique <input type="checkbox"/> By-pass gastrique <input type="checkbox"/> Autre, à préciser :

Résultats et complications éventuelles :

.....

.....

.....

Joindre le(s) compte(s) rendu(s) opératoire(s).

Une (ré-) intervention est-elle envisagée ? Non Oui A quelle date :

Motif :

.....

VI - DERNIER BILAN BIOLOGIQUE REALISE
Date :
Glycémie à jeun :g/L Hémoglobine glycosylée (HbA1c) : %
Cholestérol total :g/L HDL :g/L Triglycérides : g/L
Transaminases SGOT : SGPT :
Gamma GT :

	NON - OUI	COMMENTAIRES
VII - AUTRES INFORMATIONS		
Le proposant est il en invalidité ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Taux :
Le proposant pratique-t-il un (des) sport(s) régulièrement ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Catégorie : Si oui, précisez le(s)quel(s) :

Nom/Prénom : N° adhérent :

Commentaires :

Remarques éventuelles (autres traitements ou autres affections présentes) :

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.

