

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 :

Origine	Alcool : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Lithiase biliaire : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Autre, préciser :
Forme	Aiguë : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui, date des poussées : Chronique : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Dates, nature et durée des traitements médicaux
Y a-t-il eu intervention chirurgicale ? <i>(joindre les comptes rendus)</i>	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si non, est-elle prévue : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Quand : Type d'intervention : Résultats :
Examens sanguins : <input type="checkbox"/> gamma glutamyl transpeptidase <input type="checkbox"/> amylasémie <input type="checkbox"/> VGM	Date : Résultat : Date : Résultat : Date : Résultat :
Imagerie (échographie, scanner, ...) : <i>(joindre les comptes rendus)</i>	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui, préciser lesquels : Date : Résultat : Date : Résultat :

Nom/Prénom : N° adhérent :

Complications secondaire du type diabète	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui, préciser :
Abstinence de boissons alcoolisées	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui, depuis quand : Si non, quantité journalière consommée :
Dates et durée des arrêts de travail
Pronostic

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.

