

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 : .....

<b>Origine</b>	Alcool : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
	Lithiase biliaire : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
	Autre, préciser : .....
<b>Forme</b>	Aiguë : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
	Si oui, date des poussées : .....
	Chronique : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
<b>Dates, nature et durée des traitements médicaux</b>	.....
<b>Y a-t-il eu intervention chirurgicale ?</b> <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 : .....
<b>Examens sanguins :</b>	
<input type="checkbox"/> gamma glutamyl transpeptidase	Date : ..... Résultat : .....
<input type="checkbox"/> amylasémie	Date : ..... Résultat : .....
<input type="checkbox"/> VGM	Date : ..... Résultat : .....
<b>Imagerie (échographie, scanner, ...)</b> <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 : .....

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

**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](http://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.oriass.fr](http://www.oriass.fr))  
 Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles - 61 rue Taitbout - 75436 Paris cedex 09.

