

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) :

Localisation :

Date de découverte : Date de la dernière consultation :

Date de fin de traitement :

	NON - OUI	COMMENTAIRES	DATES
Bilan initial :			
- classification (TNM, FIGO, etc) :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
- grade histologique (SBR sein, Dukes, etc) :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
- diagnostic final anatomopathologique :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
- atteinte ganglionnaire :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Loco-régionale <input type="checkbox"/> A distance Siège :	
- métastase(s) : <i>Joindre les comptes rendus anatomopathologiques (biopsies, pièces chirurgicales)</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Siège :	
Traitement :			
- chirurgie :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Laquelle : Dans un but : <input type="checkbox"/> Diagnostique <input type="checkbox"/> Curatif <input type="checkbox"/> Palliatif	.....
- radiothérapie :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Résultat : <input type="checkbox"/> Préopératoire <input type="checkbox"/> Curative <input type="checkbox"/> Palliative	..... Depuis :
- chimiothérapie :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Préopératoire <input type="checkbox"/> Adjuvante <input type="checkbox"/> Curative Protocole : Nombre de cycles : <input type="checkbox"/> Interrompue	..... Depuis :

Nom/Prénom : N° adhérent :

	NON - OUI	COMMENTAIRES	DATES
- hormonothérapie :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Laquelle : Dans un but : <input type="checkbox"/> Préventif <input type="checkbox"/> Curatif Posologie : <input type="checkbox"/> Interrompue	Depuis :
- Intensification suivie de greffe de moelle :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
- autre :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Lequel : But : <input type="checkbox"/> Interrompu	Depuis :
Evolution :			
- rémission complète :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		Depuis :
- récurrence(s) :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nombre :	Constatée(s) le :
- séquelles (y compris thérapeutiques) :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Lesquelles :	
Bilan de surveillance :			Dernier contrôle le :
- scanner :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal	.....
- examen radiologique :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Lequel : <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal	.....
- endoscopie :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Laquelle : <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Anormale	.....
- marqueurs tumoraux :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Lesquels : <input type="checkbox"/> Normaux <input type="checkbox"/> Anormaux	.....
- examens sanguins :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Normaux <input type="checkbox"/> Anormaux	.....
- autres examens :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Lesquels : Résultat :	.....
(Joindre le dernier bilan de surveillance spécialisé)	
Arrêt de Travail :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Durée : .....	.....
- reprise du travail :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> A temps partiel <input type="checkbox"/> A temps complet	Depuis :
- le patient est-il en invalidité :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Taux : Catégorie :	Depuis :
(joindre la notification)		

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.orient.fr)

Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles - 61 rue Taitbout - 75436 Paris cedex 09.

