

Questionnaire 15044 : PELVISPONDYLITE RHUMATISMALE
SPONDYLARTHRITE ANKYLOSANTE
RHUMATISMES APPARENTES SPONDYLARTHROSE



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 :

Descriptifs des localisations articulaires :
Date d'apparition et descriptif des éventuelles manifestations extra-articulaires :
Résultats HLB 27 :
Bilan biologique VS, CRP <i>(joindre les résultats)</i>
Résultats : <i>(joindre les comptes rendus)</i>	
- Radiographies	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Commentaire :
- Scanner	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Commentaire :
- Autres examens complémentaires	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Commentaire :
Date, nature et durée des traitements :

Nom/Prénom : N° adhérent :

Hospitalisations éventuelles : <i>(joindre les comptes rendus)</i>	Dates : Motifs :
Interventions chirurgicales éventuelles :	Dates : Type :
Symptômes : gêne fonctionnelle, raideur, ankylose, difformités
La maladie est-elle inactive ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui, depuis quand :
La maladie est-elle évolutive ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
Description des activités professionnelles :
Date et durée des arrêts de travail éventuels :
Le patient est-il en invalidité ou une demande est-elle en cours ? <i>(joindre la notification)</i>	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui, à quel taux : Dans quelle catégorie :
Pronostic :

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.

