

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 :

<p>TYPE :</p> <p>- Aiguë :</p> <p>- Chronique constrictive :</p>	<p><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui, date de début : Date de guérison :</p> <p><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>Commentaires :</p>
<p>ETIOLOGIE :</p>	<p><input type="checkbox"/> Non retrouvée</p> <p><input type="checkbox"/> Si retrouvée, diagnostic :</p>
<p>RESULTAT DES DERNIERS EXAMENS COMPLEMENTAIRES ET</p> <p>DATE : (joindre les comptes rendus)</p> <p>- ECG</p> <p>- Echocardiographie</p> <p>- Radio du thorax</p> <p>- Cathétérisme droit</p> <p>- Autre, préciser lequel</p>	<p><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Résultats : Date :</p> <p><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Résultats : Date :</p> <p><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Résultats : Date :</p> <p><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Résultats : Date :</p> <p><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Résultats : Date :</p>
<p>RESULTATS DES DERNIERS EXAMENS BIOLOGIQUES ET</p> <p>DATE :</p> <p>- CRP</p> <p>- VS</p> <p>- Sérologies</p> <p>- Autre, préciser</p>	<p>Résultats : Date :</p>

Nom/Prénom : N° adhérent :

TRAITEMENT :	
- Médical	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui, lequel : Date :
- Chirurgical Réalisé :	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui, lequel : Date :
Prévu :	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui, lequel : Date :

HOSPITALISATION <i>(Joindre les comptes rendus d'hospitalisation et d'exams réalisés)</i>	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Motifs : Date :
---	---

ARRETS DE TRAVAIL :	Nombre : Date de début et date de fin du dernier arrêt de travail :
----------------------------	--

Pronostic
------------------	-------------------------

Remarques éventuelles (autres traitements ou autres affections présentes) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Taille :	Poids :
Tension artérielle :	<input type="checkbox"/> Traitée <input type="checkbox"/> 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.

