

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 d'apparition des premières manifestations fonctionnelles :

Descriptifs des localisations articulaires	
Descriptif des lésions extra articulaires éventuelles	
Traitements et résultats : - Anti inflammatoire non stéroïdien	
- Sels d'or, antipaludéens, D-pénicillamine ou dérivés, immunosuppresseurs, corticothérapie, anti TNF alpha,	
- Si corticothérapie, s'agit-il d'un traitement permanent ou occasionnel ? Si oui, périodicité ?	Posologie :
- La corticothérapie est-elle arrêtée ? Si oui, depuis quand ?	
Interventions chirurgicales éventuelles	Type :	Dates :
Hospitalisations éventuelles (Joindre les comptes rendus)	Type :	Dates :
Date de stabilisation	

Nom/Prénom : **N° adhérent :**

<p>Nombre, durée et fréquence des poussées inflammatoires</p> <p>Date de la dernière poussée :</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>																		
<p>Etat actuel, séquelles éventuelles :</p>	<p>.....</p> <p>.....</p>																		
<p>Date et résultat : <i>(joindre les résultats)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - du dernier facteur rhumatoïde - de la dernière vitesse de sédimentation, CRP - du dernier dosage de l'hémoglobine - d'autres tests biologiques - HLA - Bilan sanguin usuel 	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 30%;">Résultats :</td> <td style="width: 40%;"></td> <td style="width: 30%;">Dates :</td> </tr> <tr> <td>.....</td> <td>.....</td> <td>.....</td> </tr> </table>	Résultats :		Dates :
Résultats :		Dates :																	
.....																	
.....																	
.....																	
.....																	
.....																	
<p>Dates et durées des arrêts de travail éventuels</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>																		
<p>Le patient est-il en invalidité ou une demande est-elle en cours ? <i>(joindre la notification)</i></p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>																		
<p>Pronostic</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>																		

Nom/Prénom : **N° adhérent :**

Remarques éventuelles (autres traitements ou autres affections présentes) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Taille : **Poids :**

Tension artérielle : Traitée Non traitée

Important

Si des examens spéciaux ont été réalisés, une copie 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.

