

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.

1. Diagnostic exact et date de découverte de l'affection :
2. Localisation et latéralisation :
3. Bilan biologique (hémogramme, acide urique, phosphatases alcalines, VS, CRP...) ? <i>(joindre les résultats)</i>
4. Résultats du bilan immunologique (facteur rhumatoïde, AC spécifique, HLA...) : <i>(joindre les résultats)</i>
5. Date et résultat des radiographies, IRM ou scanner : <i>(joindre les comptes rendus)</i>
6. Date et localisation des éventuelles manifestations extra-articulaires :
7. La maladie est-elle évolutive :
8. La maladie est-elle inactive : Si oui, depuis quand :
9. Date, nature, durée et résultats des traitements :
10. Une intervention chirurgicale a-t-elle eu lieu ou est-elle envisagée : <i>(joindre les comptes rendus)</i>	Préciser :

Nom/Prénom : N° adhérent :

11. Une hospitalisation a-t-elle eu lieu ou est-elle envisagée : <i>(joindre les comptes rendus)</i>
12. Date et durée des arrêts de travail éventuels :
13. Le patient est-il en invalidité : <i>(joindre la notification)</i>
14. Avis, pronostic :

Remarques éventuelles (autres traitements ou autres affections) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

