

**Questionnaire confidentiel à remplir par le médecin traitant et à retourner à par l'assuré lui-même 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><b>Tolérance :</b></p> <p>- <b>Dyspnée d'effort</b></p> <p>- <b>Dyspnée de décubitus</b></p> <p>- <b>Douleurs thoraciques</b></p> <p>- <b>Troubles du rythme (palpitations, tachycardie, syncopes, lipothymie, ...)</b></p> <p><b>Précisez :</b></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p><input type="checkbox"/> Non      <input type="checkbox"/> Oui      Nombre d'étages : .....</p> <p>Commentaire : .....</p> <p><input type="checkbox"/> Non      <input type="checkbox"/> Oui      Nombre d'oreillers : .....</p> <p>Commentaire : .....</p> <p><input type="checkbox"/> Non      <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>Commentaire : .....</p> <p><input type="checkbox"/> Non      <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>Commentaire : .....</p>
<p><b>Dates, nature et durée des traitements éventuels</b></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
<p><b>Une intervention est-elle envisagée ?</b></p>	<p><input type="checkbox"/> Non      <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>Si oui, à quelle date : .....</p>
<p><b>Dates et résultats :</b> <i>(joindre la copie des comptes rendus)</i></p> <p>- <b>ECG</b></p> <p>- <b>Echocardiogramme - Doppler</b></p> <p>- <b>Holter</b></p> <p>- <b>Doppler (artériels )</b></p> <p>- <b>Radiographie (thoracique)</b></p> <p>- <b>Autres</b></p>	<p><input type="checkbox"/> Non      <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>Commentaire : .....</p> <p><input type="checkbox"/> Non      <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>Commentaire : .....</p> <p><input type="checkbox"/> Non      <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>Commentaire : .....</p> <p><input type="checkbox"/> Non      <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>Commentaire : .....</p> <p><input type="checkbox"/> Non      <input type="checkbox"/> Oui</p> <p>Commentaire : .....</p>

Nom/Prénom : ..... N° adhérent : .....

<b>Pronostic :</b>	..... ..... .....
<b>Dates et durée des arrêts de travail éventuels</b>	..... .....
<b>Le patient est-il en invalidité ?</b> <i>(Joindre la notification)</i>	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui, à quel taux : ..... Ou dans quelle catégorie : .....
<b>Description des activités professionnelles</b>	..... ..... ..... ..... ..... ..... <input type="checkbox"/> Temps plein <input type="checkbox"/> Temps partiel

**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](http://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](http://www.orias.fr))  
Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles - 61 rue Taitbout - 75436 Paris cedex 09.

