

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>1. Diagnostic (phlébite, para phlébite thrombose veineuse...)</b></p>	<p>..... ..... ..... .....</p>
<p><b>2. Date du ou des épisodes</b></p>	<p>..... ..... ..... .....</p>
<p><b>3. Localisations</b></p>	<p>..... ..... ..... .....</p>
<p><b>4. Etiologie retrouvée</b></p>	<p><input type="checkbox"/> Non      <input type="checkbox"/> Oui Si oui, préciser (thrombophilie, immobilisation, plâtre, cancer...) : .....</p> <p>..... .....</p>
<p><b>5.</b> <b>a) Complications</b>  <b>b) Embolie pulmonaire</b></p>	<p><input type="checkbox"/> Non      <input type="checkbox"/> Oui Si oui, préciser : .....</p> <p>..... .....</p> <p><input type="checkbox"/> Non      <input type="checkbox"/> Oui      Date(s) : .....</p> <p>Si oui, préciser l'importance, les séquelles, les traitements : .....</p> <p>.....</p>
<p><b>6. Résultats des examens complémentaires (imagerie, doppler, biologie, dernier dosage INR...)</b> <i>(joindre les résultats)</i></p>	<p>..... ..... ..... .....</p>

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

7. Date, nature et durée du traitement  
.....  
.....  
.....

8. Dates et durées des arrêts de travail  
.....  
.....  
.....

9. Persistance des troubles trophiques, d'oedèmes...  
.....  
.....  
.....

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

