

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 :

Fréquence des épisodes Commentaires :		
Nature, durée et résultat des traitements médicaux		
Autres traitements d'électrothérapie (pacemaker, défibrillateur interne, etc.) <i>(joindre le compte rendu opératoire)</i>	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	Type : Date :
Dates et nature des complications éventuelles	Type : Dates :		
	NON - OUI	COMMENTAIRES	DATES
Examens complémentaires réalisés :		Résultats :	
- ECG	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
- Holter	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
- Echocardiographie	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
- Etude électro-physiologique	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
- Autres	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<i>(joindre les comptes rendus)</i>			
Pathologies associées :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Si oui, préciser le(s) diagnostics(s) et date(s) de mise en évidence :	
		Traitements prescrits :	
		
		
		

Nom/Prénom : N° adhérent :

	NON - OUI	COMMENTAIRES
Description des activités professionnelles	
Dates et durées des arrêts de travail	
Le malade est-il en invalidité ? <i>(joindre la copie de la notification)</i>	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	Si oui, à quel taux : Quelle catégorie :
Y-a-t-il limitation de l'activité physique ?	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI
Pronostic	

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

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.

