

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.

<b>Localisation</b>	..... .....
<b>Date de découverte</b>	.....
<b>Fréquence et intensité des symptômes actuels</b>	..... ..... .....
<b>La maladie est elle en rémission ?</b>	Si oui, depuis quand : .....
<b>Dates et résultats d'examens complémentaires :</b> <i>(joindre les comptes rendus)</i>	
- Fibroscopie	Date : ..... Commentaire : .....
- Biopsie	Date : ..... Commentaire : .....
<b>Nature, durée et résultat des traitements médicaux :</b>	
- Inhibiteur de la pompe à protons	Date : ..... Commentaire : .....
- Antibiotiques	Date : ..... Commentaire : .....
- Autres	Date : ..... Commentaire : .....
<b>Y a t-il eu un geste chirurgical ?</b> <i>(joindre les comptes rendus opératoire et anatomopathologique)</i>	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui      Si oui, lequel : .....
<b>Une intervention est-elle envisagée ?</b>	A quelle date : ..... <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui      Si oui, laquelle : .....
<b>Habitudes de consommation :</b>	
- boissons alcoolisées	Nombre de verres / jour : .....
- tabac	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui, nombre de cigarettes / jour : ..... Commentaires : .....

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

Dates et durée des arrêts de travail éventuels  
.....  
.....

Le patient est-il en invalidité ou une demande est elle en cours ?  
(Joindre la notification)  
 Non       Oui  
Si oui, à quel taux : .....  
Quelle catégorie de la Sécurité Sociale : .....

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.

