

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.

Activité professionnelle actuelle :

Taille : cm

Poids actuel : kg

1. Découverte de la séropositivité

Date : / /

Primo infection connue : Non Oui, préciser date : / /

Poids à la découverte : kg

2. Examens complémentaires

Nombre de lymphocytes CD4 (par mm ³)	A la découverte	Au plus bas	Les 3 dernières mesures (taux et date)		
Charge virale (copies/ml)	A la découverte	Les 3 dernières charges virales (taux et date)			

3. Historiques de traitements

A la découverte :

Actuellement (joindre copie des ordonnances) :

Autres traitements suivis :

Dates, durées et motifs des hospitalisations (joindre les comptes-rendus d'hospitalisation) :

..... Spécialité du service :

..... Spécialité du service :

Nombre de consultations par an chez le médecin référent : / an

Nom/Prénom : N° adhérent :

4. Pathologies associées

Pathologie du stade C (préciser nature et date) :

Hépatite B ou C : Non Oui, laquelle :

Troubles métaboliques : Non Oui, préciser nature et traitement (joindre dernier bilan)

Bilan cardiovasculaire normal : Non Oui (joindre copie du bilan)

Protéinurie : g/l

Troubles psychiques : Non Oui

Commentaires :

5. Arrêt de travail

Dates et durées :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Joindre tout document en votre possession : comptes-rendus d'hospitalisation, d'opération, histologiques, examens biologiques...

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.

Après analyse des éléments, notre service médical pourra demander d'autres documents médicaux.

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 prudentiel - 61 rue Taitbout - 75436 Paris cedex 09.

