



QMED

[QUESTIONNAIRE
MÉDICAL]QUESTIONNAIRE 15053 - MALADIES INTESTINALES
CHRONIQUES INFLAMMATOIRES

Questionnaire confidentiel à remplir par le médecin traitant et à retourner par l'assuré lui-même à l'attention du Médecin Conseil d'APRIL Santé Prévoyance, 114 boulevard Marius Vivier Merle 69439 LYON Cedex 03.

N° Adhérent : ☐ M. ☐ Mme. ☐ Mlle.
NOM et PRENOM :
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.

Toutes les questions sont à compléter par oui ou par non et à préciser en cas de réponse positive.

Diagnostic (indiquer la nature exacte de la lésion) :
.....
Date de découverte : Date de dernière consultation :

	NON - OUI	COMMENTAIRES	DATES
Localisation : - iléon : - côlon uniquement : - iléo colite : - plus de 2 segments de l'intestin grêle : - atteinte diffuse de l'intestin grêle : - autre :	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Nombre de poussées : Dates des poussées :		Dernière le :
Rémission :	<input type="radio"/> <input type="radio"/>		Depuis :
Traitement médical : - Salazopyrine ou apparenté : - Corticothérapie au long cours : - Immunosuppresseur au long cours : - Anti TNF ou apparenté : - Nutrition parentérale : - Autre :	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	Posologie : <input type="radio"/> Interrompue Lequel : <input type="radio"/> Interrompu Lequel : <input type="radio"/> Interrompu Durée : Lequel :	Depuis : Depuis : Depuis : Depuis : Depuis : Depuis : Depuis : Depuis :
Hospitalisation : (Joindre les comptes rendus)	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Si oui, motif et durée :

QUESTIONNAIRE 15053 - MALADIES INTESTINALES

CHRONIQUES INFLAMMATOIRES

Nom :

Prénom :

N° Adhérent :

	NON - OUI	COMMENTAIRES	DATES
Traitement chirurgical : <i>(Joindre les comptes rendus opératoire et anatomopathologique)</i>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Si oui, lequel :
Complications : - fistule (entéro-vésicale, colo-vésicale, colo-vaginale ou colo-rectale) : - mégacôlon toxique : - perforation, fissure anale : - anémie : - perte de poids : - autre :	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> Persistante après opération Taux de l'hémoglobine : Kg Laquelle :
Examens réalisés au cours des 12 derniers mois : - endoscopie : - transit du grêle : - scanner : - vidéo capsule : - détermination de la vitesse de sédimentation : - autre : <i>(Joindre les comptes rendus et résultats)</i>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<div> <input type="radio"/> Normale <input type="radio"/> Anormale </div> <div> <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Anormal </div> <div> <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Anormal </div> <div> <input type="radio"/> Normale <input type="radio"/> Anormale </div> <div> <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Anormal </div> Lequel : Résultats :
Arrêts de travail :	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Si oui, date et durée :
Invalidité : <i>(joindre copie de la notification)</i>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Si oui, taux ou catégorie :
Tabagisme :	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Consommation quotidienne :	

QUESTIONNAIRE 15053 - MALADIES INTESTINALES
CHRONIQUES INFLAMMATOIRES

Nom : Prénom : N° Adhérent :

Remarques éventuelles (autres traitements, 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 :

X

Cachet du médecin

april | santé prévoyance

Immeuble Aprilium
114 boulevard Marius Vivier Merle
69439 LYON Cedex 03
Fax 0478536518 - 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.orient.fr)
Autorité de Contrôle Prudentiel - 61 rue Taitbout - 75436 Paris cedex 09.



L'assurance n'est plus ce qu'elle était.