



QUESTIONNAIRE 15025 - AFFECTIONS OSTEO-ARTICULAIRES

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 exact :
.....
Date de découverte : Date de dernière consultation :

Localisation et nature
Localisation des éventuelles manifestations extra-articulaires
VS, CRP Résultats HLA B27 Résultats sérologiques (latex, Waller Rose, ANCA, ...) <i>(joindre les résultats)</i>	Date : Résultat : <input type="radio"/> Positif <input type="radio"/> Négatif
Nature, durée et résultat des traitements
Y a-t-il eu un geste chirurgical ? Une intervention est-elle envisagée ? Une hospitalisation a-t-elle eu lieu ou est-elle envisagée ? <i>(joindre les comptes rendus)</i>	Si oui, lequel : Si oui, laquelle : Si oui, date : Motifs :
Etat actuel

QUESTIONNAIRE 15025 - AFFECTIONS OSTEO-ARTICULAIRES

Nom : Prénom : N° Adhérent :

La maladie est-elle en rémission ?	Si oui, depuis quand :
Dates et durées des arrêts de travail éventuels
Descriptions des activités professionnelles (adaptation du poste de travail)
Avis, pronostic
Le patient est-il en invalidité ?	Si oui, à quel taux :

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.