



QUESTIONNAIRE 15038 - POLYARTHRITE RHUMATOÏDE POLYARTHRITE
CHRONIQUE EVOLUTIVE

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 :
.....
Date d'apparition des premières manifestations fonctionnelles :

Descriptifs des localisations articulaires	
Descriptif des lésions extra articulaires éventuelles	
Traitements et résultats : - Anti inflammatoire non stéroïdien - Sels d'or, antipaludéens, D-pénicillamine ou dérivés, immunosuppresseurs, corticothérapie, anti TNF alpha, ... - Si corticothérapie, s'agit-il d'un traitement permanent ou occasionnel ? Si oui, périodicité ? - La corticothérapie est-elle arrêtée ? Si oui, depuis quand ? Posologie :	
Interventions chirurgicales éventuelles	Type :	Dates :
Hospitalisations éventuelles (Joindre les comptes rendus)	Type :	Dates :
Date de stabilisation	

QUESTIONNAIRE 15038 - POLYARTHRITE RHUMATOÏDE POLYARTHRITE - CHRONIQUE EVOLUTIVE

Nom : Prénom : N° Adhérent :

Nombre, durée et fréquence des poussées inflammatoires Date de la dernière poussée :	
Etat actuel, séquelles éventuelles :	
Date et résultat : <i>(joindre les résultats)</i> - du dernier facteur rhumatoïde - de la dernière vitesse de sédimentation, CRP - du dernier dosage de l'hémoglobine - d'autres tests biologiques - HLA - Bilan sanguin usuel	Résultats : 	Dates :
Dates et durées des arrêts de travail éventuels	
Le patient est il en invalidité ou une demande est-elle en cours ? <i>(joindre la notification)</i>	
Pronostic	

QUESTIONNAIRE 15038 - POLYARTHRITE RHUMATOÏDE POLYARTHRITE - CHRONIQUE EVOLUTIVE

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.orientas.fr)
Autorité de Contrôle Prudentiel - 61 rue Taitbout - 75436 Paris cedex 09.



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