



QUESTIONNAIRE 15016 - THROMBOSE VEINEUSE

Questionnaire confidentiel à remplir par le médecin traitant et à retourner 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 de découverte : Date de dernière consultation :

1. Diagnostic (phlébite, para phlébite thrombose veineuse...)
2. Date du ou des épisodes
3. Localisations
4. Etiologie retrouvée	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui Si oui, préciser (thrombophilie, immobilisation, plâtre, cancer...) :
5. a) Complications b) Embolie pulmonaire	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui Si oui, préciser : <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui Date(s) : Si oui, préciser l'importance, les séquelles, les traitements :
6. Résultats des examens complémentaires (imagerie, doppler, biologie, dernier dosage INR...) (joindre les résultats)

QUESTIONNAIRE 15016 - THROMBOSE VEINEUSE

Nom : Prénom : N° Adhérent :

7. Date, nature et durée du traitement
8. Dates et durées des arrêts de travail
9. Persistance des troubles trophiques, d'œdèmes...

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.