



QUESTIONNAIRE 15026 - SCLEROSE EN PLAQUE

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

<b>Histoire évolutive :</b> <b>Forme progressive :</b> <b>Forme rémittente :</b> - 1er épisode - fréquence des épisodes - séquelles de chaque épisode  <b>Forme secondairement progressive :</b>	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui Date : ..... Nombre et dates : ..... ..... ..... <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui
<b>Etat actuel</b>  <b>Déficits (moteurs, sensitifs...)</b>  <b>Handicap (dans la vie quotidienne)</b>  <b>Score EDSS</b>	..... ..... ..... ..... ..... .....
<b>Date, nature et résultat du dernier bilan de surveillance spécialisé :</b> (Joindre les comptes rendus)	..... ..... .....
<b>Troubles psychiques associés :</b>	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui Si oui, lesquels : ..... ..... Traitement prescrit : ..... ..... Toujours en cours : <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui
<b>Traitements :</b>	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui Si oui, lesquels : ..... ..... Durée : ..... Résultats : ..... .....

QUESTIONNAIRE 15026 - SCLEROSE EN PLAQUE

Nom : ..... Prénom : ..... N° Adhérent : .....

<b>Nombre, nature et durée des hospitalisations</b> (joindre le dernier compte rendu)	..... ..... .....
<b>Durées des arrêts de travail</b>	..... ..... .....
<b>Le malade est-il en invalidité ou une demande est-elle en cours ?</b> (joindre copie de la notification)	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui Si oui, à quel taux : ..... Quelle catégorie Sécurité Sociale : .....
<b>Pronostic</b>	..... ..... .....

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



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