



## QUESTIONNAIRE 15036 - PERICARDITE

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>TYPE :</b> - Aiguë : - Chronique constrictive :	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui Si oui, date de début : ..... Date de guérison : ..... <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui Commentaires : .....															
<b>ETIOLOGIE :</b>	<input type="radio"/> Non retrouvée <input type="radio"/> Si retrouvée, diagnostic : ..... .....															
<b>RESULTAT DES DERNIERS EXAMENS COMPLEMENTAIRES ET DATE :</b> (joindre les comptes rendus) - ECG - Echocardiographie - Radio du thorax - Cathétérisme droit - Autre, préciser lequel	<table><tr><td><input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui</td><td>Résultats : .....</td><td>Date : .....</td></tr><tr><td><input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui</td><td>Résultats : .....</td><td>Date : .....</td></tr><tr><td><input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui</td><td>Résultats : .....</td><td>Date : .....</td></tr><tr><td><input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui</td><td>Résultats : .....</td><td>Date : .....</td></tr><tr><td><input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui</td><td>Résultats : .....</td><td>Date : .....</td></tr></table>	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui	Résultats : .....	Date : .....	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui	Résultats : .....	Date : .....	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui	Résultats : .....	Date : .....	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui	Résultats : .....	Date : .....	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui	Résultats : .....	Date : .....
<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui	Résultats : .....	Date : .....														
<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui	Résultats : .....	Date : .....														
<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui	Résultats : .....	Date : .....														
<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui	Résultats : .....	Date : .....														
<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui	Résultats : .....	Date : .....														
<b>RESULTATS DES DERNIERS EXAMENS BIOLOGIQUES ET DATE :</b> - CRP - VS - Sérologies - Autre, préciser	<table><tr><td>Résultats : .....</td><td>Date : .....</td></tr><tr><td>Résultats : .....</td><td>Date : .....</td></tr><tr><td>Résultats : .....</td><td>Date : .....</td></tr><tr><td>Résultats : .....</td><td>Date : .....</td></tr></table>	Résultats : .....	Date : .....	Résultats : .....	Date : .....	Résultats : .....	Date : .....	Résultats : .....	Date : .....							
Résultats : .....	Date : .....															
Résultats : .....	Date : .....															
Résultats : .....	Date : .....															
Résultats : .....	Date : .....															

QUESTIONNAIRE 15036 - PERICARDITE

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

<b>TRAITEMENT :</b> - Médical - Chirurgical Réalisé : Prévu :	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui Si oui, lequel : ..... Date : ..... <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui Si oui, lequel : ..... Date : ..... <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui Si oui, lequel : ..... Date : .....
<b>HOSPITALISATION</b> (Joindre les comptes rendus d'hospitalisation et d'examens réalisés)	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui Motifs : ..... ..... Date : .....
<b>ARRETS DE TRAVAIL :</b>	Nombre : ..... Date de début et date de fin du dernier arrêt de travail : ..... .....
<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 :

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



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