



QUESTIONNAIRE 15030 - TROUBLE DU RYTHME CARDIAQUE

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 :

Fréquence des épisodes Commentaires :
Nature, durée et résultat des traitements médicaux
Autres traitements d'électrothérapie (pacemaker, défibrillateur interne, etc.) <i>(joindre le compte rendu opératoire)</i>	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui Type : Date :
Dates et nature des complications éventuelles	Type : Date :

	NON - OUI	COMMENTAIRES	DATES
Examens complémentaires réalisés : - ECG - Holter - Echocardiographie - Etude électro-physiologique - Autres <i>(joindre les comptes rendus)</i>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	Résultats :
Pathologies associées :	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Si oui, préciser le(s) diagnostics(s) et date(s) de mise en évidence : Traitements prescrits :

QUESTIONNAIRE 15030 - TROUBLE DU RYTHME CARDIAQUE

Nom : Prénom : N° Adhérent :

	NON - OUI	COMMENTAIRES
Description des activités professionnelles	
Dates et durées des arrêts de travail	
Le malade est-il en invalidité ? <i>[joindre la copie de la notification]</i>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Si oui, à quel taux : Quelle catégorie :
Y-a-t-il limitation de l'activité physique ? Pronostic	<input type="radio"/> <input type="radio"/>

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.