



QUESTIONNAIRE 15017 - PATHOLOGIES MALIGNES

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 :
 Localisation :
 Date de découverte : Date de dernière consultation :
 Date de fin de traitement :

	NON - OUI	COMMENTAIRES	DATES
Bilan initial : - classification (TNM, FIGO, etc) : - grade histologique (SBR sein, Dukes, etc) : - diagnostic final anatomo-pathologique : - atteinte ganglionnaire : - métastase(s) : <i>Joindre les comptes rendus anatomopathologiques (biopsies, pièces chirurgicales)</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"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> Loco-régionale <input type="radio"/> A distance Siège : Siège :
Traitement : - chirurgie : - radiothérapie : - chimiothérapie :	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	Laquelle : Dans un but : <input type="radio"/> Diagnostique <input type="radio"/> Curatif <input type="radio"/> Palliatif Résultat : <input type="radio"/> Préopératoire <input type="radio"/> Curative <input type="radio"/> Palliative <input type="radio"/> Interrompue <input type="radio"/> Préopératoire <input type="radio"/> Adjuvante <input type="radio"/> Curative Protocole : Nombre de cycles : <input type="radio"/> Interrompue Depuis : Depuis :

QUESTIONNAIRE 15017 - PATHOLOGIES MALIGNES

Nom : Prénom : N° Adhérent :

	NON - OUI	COMMENTAIRES	DATES
- hormonothérapie : - Intensification suivie de greffe de moelle : - autre :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Laquelle : Dans un but : <input type="checkbox"/> Préventif <input type="checkbox"/> Curatif Posologie : <input type="checkbox"/> Interrompue Lequel : But : <input type="checkbox"/> Interrompu Depuis : Depuis :
Evolution : - rémission complète : - récurrence(s) : - séquelles (y compris thérapeutiques) :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nombre : Lesquelles :	Depuis : Constatée(s) le :
Bilan de surveillance : - scanner : - examen radiologique : - endoscopie : - marqueurs tumoraux : - examens sanguins : - autres examens : <i>(Joindre le dernier bilan de surveillance spécialisé)</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal Lequel : <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal Laquelle : <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Anormale Lesquels : <input type="checkbox"/> Normaux <input type="checkbox"/> Anormaux <input type="checkbox"/> Normaux <input type="checkbox"/> Anormaux Lesquels : Résultat :	Dernier contrôle le :
Arrêt de Travail : - reprise du travail : - le patient est-il en invalidité : <i>(joindre la notification)</i>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Durée : <input type="checkbox"/> A temps partiel <input type="checkbox"/> A temps complet Taux : Catégorie : Depuis : Depuis :

[illegible]