



QUESTIONNAIRE 15058 - VIH

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.

Activité professionnelle actuelle :
.....
Taille : cm Poids actuel : kg

1. Découverte de la séropositivité

Date : / /
Primo infection connue : ☐ Non ☐ Oui, préciser date : / /
Poids à la découverte : kg

2. Examens complémentaires

	A la découverte	Au plus bas	Les 3 dernières mesures (taux et date)		
Nombre de lymphocytes CD4 (par mm ³)					
	A la découverte	Les 3 dernières charges virales (taux et date)			
Charge virale (copies/ml)					

3. Historiques de traitements

A la découverte :
Actuellement (joindre copie des ordonnances) :
Autres traitements suivis :
Dates, durées et motifs des hospitalisations (joindre les comptes-rendus d'hospitalisation) :
..... Spécialité du service :
..... Spécialité du service :
Nombre de consultations par an chez le médecin référent : / an

QUESTIONNAIRE 15058 - VIH

Nom : Prénom : N° Adhérent :

4. Pathologies associées

Pathologie du stade C (préciser nature et date) :

 Hépatite B ou C : ☐ Non ☐ Oui, laquelle :
 Troubles métaboliques : ☐ Non ☐ Oui, préciser nature et traitement (joindre dernier bilan)

 Bilan cardiovasculaire normal : ☐ Non ☐ Oui (joindre copie du bilan)
 Protéinurie : g/l
 Troubles psychiques : ☐ Non ☐ Oui
 Commentaires :

5. Arrêt de travail

Dates et durées :

Joindre tout document en votre possession : comptes-rendus d'hospitalisation, d'opération, histologiques, examens biologiques...

IMPORTANT

Une copie des examens spéciaux avec leurs comptes rendus doit être transmise afin de permettre au servicemédical de se prononcer en toute connaissance de cause.

Après analyse des éléments, notre service médical pourra demander d'autres documents médicaux.

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.