



QUESTIONNAIRE 15031 - SOUFFLE CARDIAQUE

N° Adhérent : ☐ M. ☐ Mme. ☐ Mlle.
 NOM et PRENOM :
 Date de naissance : Dossier suivi par : Le service 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 :

Tolérance : - Dyspnée d'effort - Dyspnée de décubitus - Douleurs thoraciques - Troubles du rythme (palpitations, tachycardie, syncopes, lipothymie, ...) Précisez :	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui Nombre d'étages : Commentaire : <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui Nombre d'oreillers : Commentaire : <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui Commentaire : <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui Commentaire :
Dates, nature et durée des traitements éventuels
Une intervention est-elle envisagée ?	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui Si oui, à quelle date :
Dates et résultats : <i>(joindre la copie des comptes rendus)</i> - ECG - Echocardiogramme - Doppler - Holter - Radiographie (thoracique) - Autres	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui Commentaire : <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui Commentaire : <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui Commentaire : <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui Commentaire : <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui Commentaire :

QUESTIONNAIRE 15031 - SOUFFLE CARDIAQUE

Nom : Prénom : N° Adhérent :

Pronostic :
Dates et durée des arrêts de travail éventuels
Le patient est-il en invalidité ? (Joindre la notification)	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui Si oui, à quel taux : Ou dans quelle catégorie :
Description des activités professionnelles <input type="radio"/> Temps plein <input type="radio"/> Temps partiel

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.