



## QUESTIONNAIRE 15032 - HANCHE

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 exact : .....  
.....  
Date de découverte : ..... Date de dernière consultation : .....

Atteinte uni ou bilatérale	..... ..... .....
Nature et importance des troubles	..... ..... .....
Dates et résultats : (joindre les comptes rendus) - Radiographies  - Scanner, IRM	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui Date : ..... Commentaire : ..... <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui Date : ..... Commentaire : .....
Nature, durée et résultat des traitements	..... ..... .....
Une intervention chirurgicale a-t-elle eu lieu ? (joindre les comptes rendus)  Une intervention chirurgicale est-elle envisagée ?	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui Date : ..... Résultat fonctionnel : .....  <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui Date : ..... Laquelle : .....
Facteurs associés : - Hyperlipidémie  - Diabète  - Hyperuricémie  - 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 : .....

## QUESTIONNAIRE 15032 - HANCHE

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

<b>Dates et durée des arrêts de travail éventuels</b>	..... .....
<b>Le patient est-il en invalidité ou une demande est elle en cours ?</b> <i>(Joindre la notification)</i>	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui Si oui, à quel taux : ..... Dans quelle catégorie : .....
<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.