



QUESTIONNAIRE 15034 - ULCERE GASTRODUODENAL

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.

Localisation
Date de découverte
Fréquence et intensité des symptômes actuels
La maladie est elle en rémission ?	Si oui, depuis quand :
Dates et résultats d'examens complémentaires : (joindre les comptes rendus) - Fibroscopie - Biopsie	Date : Commentaire : Date : Commentaire :
Nature, durée et résultat des traitements médicaux : - Inhibiteur de la pompe à protons - Antibiotiques - Autres	Date : Commentaire : Date : Commentaire : Date : Commentaire :
Y a t-il eu un geste chirurgical ? (joindre les comptes rendus opératoire et anatomopathologique)	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui Si oui, lequel : A quelle date :
Une intervention est-elle envisagée ?	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui Si oui, laquelle :
Habitudes de consommation : - boissons alcoolisées - tabac	Nombre de verres / jour : <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui Si oui, nombre de cigarettes / jour : Commentaires :

QUESTIONNAIRE 15034 - ULCERE GASTRODUODENAL

Nom : Prénom : N° Adhérent :

Dates et durée des arrêts de travail éventuels
Le patient est-il en invalidité ? <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui Si oui, à quel taux : Quelle catégorie de la Sécurité Sociale :	
Une demande est elle en cours ? (Joindre la notification) <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui	
Pronostic

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.orient.fr)
 Autorité de Contrôle Prudentiel - 61 rue Taitbout - 75436 Paris cedex 09.



L'assurance n'est plus ce qu'elle était.