



QUESTIONNAIRE 15024 - EPILEPSIE

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

	NON - OUI	COMMENTAIRES	DATES
Type : - grand mal : - petit mal : - autre :	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Lequel :	
Crises : - au cours des 12 derniers mois :	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Nombre : Fréquence :	Date de la dernière crise (mois/année) :
Type d'épilepsie : - Idiopathique (primaire ou fonctionnelle) : - Symptomatique (secondaire ou lésionnelle) : - Cryptogénique :	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Si oui, cause précise :	
Résultats des examens complémentaires : - EEG - SCANNER - IRM - Autres (préciser, angiographie...) (joindre les comptes rendus)	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Résultats : Résultats : Résultats : Résultats :
Complications :	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Lesquelles :	Depuis :
Traitement actuel : Le traitement est-il régulièrement suivi :	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Lequel :	Depuis :

QUESTIONNAIRE 15024 - EPILEPSIE

Nom : Prénom : N° Adhérent :

	NON - OUI	COMMENTAIRES
Consommation journalière de boissons alcoolisées :	<input type="radio"/> NON <input type="radio"/> OUI	<input type="radio"/> Vin cl <input type="radio"/> Bière cl <input type="radio"/> Apéritif verres <input type="radio"/> Alcool verres
Retentissement : Dans la vie quotidienne, sport, profession, activité :	
Description des activités professionnelles :	
Date et durée des arrêts de travail éventuels : <i>(joindre les comptes rendus d'hospitalisation)</i>	
Le malade est-il en invalidité ? <i>(joindre la copie de la notification)</i>	<input type="radio"/> NON <input type="radio"/> OUI	Préciser le taux, le motif et la date d'attribution :

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.