



## QUESTIONNAIRE 15039 - TROUBLES PROSTATIQUES

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 : .....

Nature et importance des manifestations urinaires	..... ..... .....
Résultats des examens complémentaires réalisés : - dernier dosage PSA  - dernière échographie  - toucher rectal  - examen microscopique des urines - autres si pratiqués (joindre les comptes rendus)	..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....
Date et durée des arrêts de travail le cas échéant	..... ..... .....
Traitement : - médicamenteux   - chirurgical	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui Si oui, lequel : ..... ..... <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui Si oui, date et résultat : ..... ..... Si non, envisagé ? Date ? ..... .....

## QUESTIONNAIRE 15039 - TROUBLES PROSTATIQUES

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

- autres (ultrasons,  
radiofréquence, etc.)  
(joindre les comptes rendus opératoire et anatomopathologique)

☐ Non ☐ Oui

Quand : .....

Résultat le cas échéant : .....

.....

.....

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.