



QUESTIONNAIRE 15035 - PANCREATITE

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 :

Origine	Alcool : <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui Lithiase biliaire : <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui Autre, préciser :
Forme	Aiguë : <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui Si oui, date des poussées : Chronique : <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui
Dates, nature et durée des traitements médicaux
Y a-t-il eu intervention chirurgicale ? (joindre les comptes rendus)	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui Si non, est-elle prévue : <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui Quand : Type d'intervention : Résultats :
Examens sanguins : <input type="radio"/> gamma glutamyl transpeptidase <input type="radio"/> amylasémie <input type="radio"/> VGM	Date : Résultat : Date : Résultat : Date : Résultat :
Imagerie (échographie, scanner, ...) : (joindre les comptes rendus)	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui Si oui, préciser lesquels : Date : Résultat : Date : Résultat :

QUESTIONNAIRE 15035 - PANCREATITE

Nom : Prénom : N° Adhérent :

Complications secondaire du type diabète	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui Si oui, préciser :
Abstinence de boissons alcoolisées	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui Si oui, depuis quand : Si non, quantité journalière consommée :
Dates et durée des arrêts de travail
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.orias.fr)
 Autorité de Contrôle Prudentiel - 61 rue Taitbout - 75436 Paris cedex 09.



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