



QUESTIONNAIRE 15029 - ARTERITE

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 des symptômes | |
| Localisation des lésions | |
| Stade de l'artériopathie | <input type="radio"/> 1 asymptomatique <input type="radio"/> 2 douleur d'effort <input type="radio"/> 3 douleur de décubitus <input type="radio"/> 4 douleur au repos et/ou ulcération Stade fonctionnel : |
| Résultats des derniers examens spéciaux : <i>(joindre la copie des comptes rendus)</i> - ECG de repos - ECG d'effort - Echographie ou artériographie - Doppler (artériels) - Radiographie (calcification) | <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 : <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui Commentaire : |

QUESTIONNAIRE 15029 - ARTERITE

Nom : Prénom : N° Adhérent :

| | | |
|--|--|--|
| Traitements : - Médicamenteux - Chirurgicaux <i>(joindre les comptes rendus opératoires)</i> | <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui | Nature : Durée : Résultats : Nature : Durée : Résultats : |
| Disparition des symptômes : Récidive(s) éventuelle(s) : | <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui | Date : Date : |
| Date et durée des arrêts de travail : Le patient est-il en invalidité ? | <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui Si oui, à quel taux : A quelle catégorie : | |
| Facteurs de risques : - Consommation journalière du tabac ou indication de la date d'arrêt : - Résultat du dernier bilan sanguin (glycémie, cholestérol, triglycérides) : - Diabète : | <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui Type de diabète : Date du diagnostic : | |
| Pronostic Une intervention est-elle envisagée ? | <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui Si oui, laquelle : Quand : | |

QUESTIONNAIRE 15029 - ARTERITE

Nom : Prénom : N° Adhérent :

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



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