



QUESTIONNAIRE 15027 - ATTEINTE RENALE

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 :

Manifestation :	Episode unique : <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui Si non, nombre de récurrences : Date de la dernière récurrence :										
Forme :	<input type="radio"/> Aiguë <input type="radio"/> Chronique										
Localisation :	<input type="radio"/> Unilatérale <input type="radio"/> Bilatérale										
Résultat du dernier examen des urines*	Date : <table><tr><td><input type="radio"/> Albumine</td><td>Dosage : g/l.</td></tr><tr><td><input type="radio"/> Sucre</td><td>Dosage : g/l.</td></tr><tr><td><input type="radio"/> Cylindres</td><td>Quantité : /ml.</td></tr><tr><td><input type="radio"/> Hématies</td><td>Quantité : /ml.</td></tr><tr><td><input type="radio"/> Leucocytes</td><td>Quantité : /ml.</td></tr></table>	<input type="radio"/> Albumine	Dosage : g/l.	<input type="radio"/> Sucre	Dosage : g/l.	<input type="radio"/> Cylindres	Quantité : /ml.	<input type="radio"/> Hématies	Quantité : /ml.	<input type="radio"/> Leucocytes	Quantité : /ml.
<input type="radio"/> Albumine	Dosage : g/l.										
<input type="radio"/> Sucre	Dosage : g/l.										
<input type="radio"/> Cylindres	Quantité : /ml.										
<input type="radio"/> Hématies	Quantité : /ml.										
<input type="radio"/> Leucocytes	Quantité : /ml.										
Résultat du dernier examen sanguin :											
- NFS	Dosage :										
- urée	Dosage :										
- créatinine	Dosage :										
- clairance de la créatinine	Dosage :										

* 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.

QUESTIONNAIRE 15027 - ATTEINTE RENALE

Nom : Prénom : N° Adhérent :

Résultat d'une éventuelle biopsie rénale (joindre la copie des résultats)	Date : Résultat :
Nature, durée et résultats des traitements (y compris chirurgicaux) : (joindre les comptes rendus)
Présence d'œdème	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui Date :
Notion d'aggravation Notion de stabilisation de l'affection	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui Laquelle : <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui Si oui, depuis quand :
Dialyse ou transplantation rénale prévue	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui Commentaire :
Date de guérison
Pronostic
Date et durée des arrêts de travail Le patient est-il en invalidité ? <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui Taux : Catégorie :

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

