



QUESTIONNAIRE 15023 - AFFECTIONS OCULAIRES

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.

	NON - OUI	RESULTATS - COMMENTAIRES	DATES
Diagnostic de l'affection oculaire : - De quelle affection s'agit-il :		<input type="radio"/> Aiguë <input type="radio"/> Chronique Commentaires :	Date de découverte : Date de la dernière consultation :
Résultats des examens : - Fond d'œil : - Champ visuel : - Angiographie rétinienne : - Autres : (Joindre les comptes rendus)	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Acuité visuelle : - avant correction : - après correction :		Œil droit : Œil gauche : Œil droit : avec dioptries* Œil gauche : avec dioptries*	
Tension oculaire :		Œil droit : Œil gauche :	
Traitements : - Médicamenteux : - Chirurgicaux : - Autres (laser, ...) : (Joindre les comptes rendus opératoires)		Lesquels : Date : Résultats : Date : Résultats :	

* Le degré de correction est indispensable pour l'étude du dossier.

QUESTIONNAIRE 15023 - AFFECTIONS OCULAIRES

Nom : Prénom : N° Adhérent :

	NON - OUI	COMMENTAIRES
Le malade est-il en invalidité :	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Si oui, à quel taux : Quelle catégorie Sécurité Sociale :
Pronostic : - l'affection peut-elle être considérée comme stabilisée : - une aggravation est-elle prévisible :	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	Préciser : Préciser :

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



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