



QUESTIONNAIRE 15008 - HYPERTENSION ARTÉRIELLE

N° Adhérent : ☐ M. ☐ Mme. ☐ Mlle.

NOM et PRENOM :

Date de naissance : Dossier suivi par : Le service médical

Toutes les questions sont à compléter par oui ou par non et à préciser en cas de réponse positive.

Diagnostic : Hypertension : ☐ Essentielle ☐ Secondaire ☐ Maligne
Date de découverte : Date de dernière consultation :

Mesures effectuées au cours des 2 dernières années

Date	Chiffres	
	SYST.	DIAST.

Date	Chiffres	
	SYST.	DIAST.

Date	Chiffres	
	SYST.	DIAST.

[illegible]

QUESTIONNAIRE 15008 - HYPERTENSION ARTÉRIELLE

Nom : Prénom : N° Adhérent :

	NON - OUI	COMMENTAIRES	DATES
Cas de maladies coronariennes, cérébrovasculaires ou des artères périphériques survenues avant l'âge de 60 ans chez les ascendants ou les collatéraux	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> Père <input type="radio"/> Frère(s) <input type="radio"/> Mère <input type="radio"/> Soeur(s)	
Facteurs de risques : - Fumeur : - Alcool : - Diabète : - Dyslipidémie : - Athérosclérose associés :	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	Consommation journalière : Consommation journalière : Type : Traitement : Type : Dosage : Traitement : Lesquels ?	Depuis : Depuis : Depuis :
Autres facteurs de risque de l'athérosclérose associés :	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Lesquels ?	
Y a-t-il eu des arrêts de travail :	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Durée ?	Date :
Le patient est-il en invalidité :	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	A quel taux ? Dans quelle catégorie :	

Pronostic :
.....Remarques éventuelles (autres traitements, autres affections) :
.....
.....

Taille : Poids :

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.