



## QUESTIONNAIRE 15056 - SYNDROME D'APNEES DU SOMMEIL

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.

Date du diagnostic : ..... Date de dernière consultation : .....

	NON - OUI	COMMENTAIRES
<b>BILAN POLYSOMNOGRAPHIQUE</b> (joindre le compte rendu) - avant traitement :  - sous traitement : (polysomnographie ou relevé d'observance)	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	Si oui, précisez l'index d'apnée-hypopnée : ..... Si oui, préciser : - l'index d'apnée-hypopnée résiduel : ..... - le nombre d'heures d'observance par nuit : .....
<b>TRAITEMENTS EN COURS</b>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Pour le syndrome d'apnées : ..... Autres traitements : ..... .....
<b>FACTEURS CO-MORBIDES</b> - excès pondéral :  - hypertension artérielle :  - diabète :  - dyslipidémie :  - tabagisme :	<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"/>	Si oui : Poids : ..... Taille : ..... Si oui, P.A. : ..... ..... Si oui, dernier résultat de l'HbA1C : ..... ..... Si oui, dernier résultat du bilan lipidique : ..... ..... Si oui, précisez l'importance : ..... .....

QUESTIONNAIRE 15056 - SYNDROME D'APNEES DU SOMMEIL

Nom : ..... Prénom : ..... N° Adhérent : .....

	NON - OUI	COMMENTAIRES
<b>COMPLICATIONS EVENTUELLES</b>		
<u>CARDIAQUES</u> : Si oui, joindre le dernier bilan de surveillance cardio-vasculaire spécialisé	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	.....
- Angor	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	.....
- infarctus du myocarde	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	.....
<u>CEREBRALES</u> : Si oui, joindre le dernier bilan de surveillance cardio-vasculaire spécialisé	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	.....
- accidents ischémiques transitoires :	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	.....
- accident vasculaire constitué :	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	.....
<u>RESPIRATOIRES</u> : Si oui, joindre les dernières EFR pratiquées ou précisez les résultats principaux :	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	.....
- insuffisance respiratoire :	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	.....

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



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