



QUESTIONNAIRE 15005 - DIABÈTE

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.

Type de diabète (insulinodépendant ou non insulinodépendant) :
Date de découverte : Date de dernière consultation :

DOSAGES (les 2 plus récents)	Taux	Dates	Taux	Dates
GLYCEMIE - à jeun				
HEMOGLOBINE GLYCOSYLEE HbA1c				
MICROALBUMINURIE				
FRUCTOSE				
GLYCOSURIE				
PROTEINURIE				
ACETONURIE				

	NON - OUI	COMMENTAIRES	DATES
Au cours des 6 derniers mois : Glycémie supérieure à 15,4 mmol/l (200 mg/100ml)	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> A plusieurs reprises Nombre de fois : <input type="radio"/> Lors d'une maladie aiguë intercurrente	
Hypoglycémie :	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> Seulement occasionnelle <input type="radio"/> Episodes fréquents	
Antécédents d'acido-cétose, de coma acido-cétosique ou hyper osmolaire non cétosique	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Nombre :	Dernier le :
Sous surveillance médicale	<input type="radio"/> <input type="radio"/>		Depuis le :
Diabète contrôlé	<input type="radio"/> <input type="radio"/>		Depuis le :
Traitement : - Antidiabétiques oraux : - Insulinothérapie en cours : - Autre médicaments :	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	Nature : Posologie : Nature : Posologie : Lesquels : Pourquoi :	Depuis le : Depuis le : Depuis le :

QUESTIONNAIRE 15005 - DIABÈTE

Nom : Prénom : N° Adhérent :

	NON - OUI	COMMENTAIRES	DATES
En cas de diabète actuellement non insulino-dépendant (type 2), veuillez préciser s'il existe des motifs pouvant rendre nécessaire l'instauration d'une insulinothérapie	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Lesquels :	A partir de quand :
ECG* : - Repos : - Effort :	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Anormal* <input type="radio"/> Normal <input type="radio"/> Anormal*
Fond de l'oeil anormal* - Présence de rétinopathie proliférative	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	Stade :	
Manifestations : - De maladie coronarienne - De maladie cérébrovasculaire - De maladie des artères périphériques - De néphropathie diabétique - De protéinurie inexpliquée - De neuropathie diabétique autonome - De neuropathie diabétique périphérique	<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"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	Lesquelles : <input type="radio"/> Invalidante
Complications : mal perforant, gangrène...	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Préciser :
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"/> Mère <input type="radio"/> Frère(s) <input type="radio"/> Soeur(s)	
Fumeur	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> Cigarettes Nombre/jour: <input type="radio"/> Autres (préciser) : Nombre/jour:	
Dates et durées des arrêts de travail éventuels
Dates et durées des hospitalisations éventuelles <i>[joindre les comptes rendus]</i>	Motifs :
Le patient est-il en invalidité ? <i>[joindre la notification]</i>	Si oui, à quel taux? ou dans quelle catégorie :		

QUESTIONNAIRE 15005 - DIABÈTE

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



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