



QUESTIONNAIRE 15040 - MALADIE DE HODGKIN

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 (indiquer la nature exacte de la lésion) :
.....
Localisation :
Date de découverte : Date de dernière consultation :

	NON - OUI	COMMENTAIRES	DATES
Classification connue : - établie par scanner :	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Quel stade ? <input type="radio"/> IA <input type="radio"/> IIIA <input type="radio"/> IB <input type="radio"/> IIIB <input type="radio"/> IIA <input type="radio"/> IV <input type="radio"/> IIB Quel type histopathologique ? <input type="radio"/> lymphocytaire <input type="radio"/> cellularite mixte <input type="radio"/> sclérose nodulaire <input type="radio"/> déplétion lymphocytaire	
Traitement : - chirurgie :	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Laquelle :	Depuis :
- radiothérapie :	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Resultat : Localisation : <input type="radio"/> Interrompue	Depuis : Depuis :
- chimiothérapie :	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Protocole : <input type="radio"/> Interrompue <input type="radio"/> Réinduction nécessaires	Depuis : Depuis : Depuis :
- greffe :	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Laquelle : <input type="radio"/> allogreffe <input type="radio"/> autogreffe	
- autre :	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Resultat : Lequel : <input type="radio"/> Interrompue	Depuis :
Evolution : - rémission complète : - récive(s) : - séquelles (y compris thérapeutiques) :	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	Nombre : Lesquelles :	Depuis : Constatée(s) le :

QUESTIONNAIRE 15040 - MALADIE DE HODGKIN

Nom : Prénom : N° Adhérent :

	NON - OUI	COMMENTAIRES	DATES
Bilan de surveillance : - scanner : - radiographie du thorax : - échocardiographie : - TEP SCAN : - numération des lymphocytes : - numération des thrombocytes (splénectomie) : - autres examens :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Dernier contrôle le : <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal* <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal* <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal* <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal* Nombre : Nombre : Lesquels : Résultat :
Arrêt de Travail : - reprise du travail : - Le patient est-il en invalidité :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Durée : <input type="checkbox"/> A temps partiel <input type="checkbox"/> A temps complet Taux : Catégorie :	Depuis : Depuis :

 Remarques éventuelles (autres traitements, autres affections) :

 Taille : Poids : Tension artérielle : / ☐ Traitée ☐ Non traitée
IMPORTANT

* La communication des comptes rendus histologiques et opératoires ainsi que du protocole de tout examen anormal, est indispensable.

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.