



QMED

[QUESTIONNAIRE
MÉDICAL]QUESTIONNAIRE 15044 - PELVISPONDYLITE RHUMATISMALE
SPONDYLARTHRITE ANKYLOSANTE
RHUMATISMES APPARENTES SPONDYLARTHROSE

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 :
.....
Date de découverte : Date de dernière consultation :

Descriptifs des localisations arti- culaires :
Date d'apparition et descriptif des éventuelles manifestations extra- articulaires :
Résultats HLB 27 :
Bilan biologique VS, CRP (joindre les résultats)
Résultats : (joindre les comptes rendus) - Radiographies	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui Commentaire :
- Scanner	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui Commentaire :
- Autres examens complémen- taires	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui Commentaire :
Date, nature et durée des traitements :

QUESTIONNAIRE 15044 - PELVISPONDYLITE RHUMATISMALE

SPONDYLARTHRITE ANKYLOSANTE

RHUMATISMES APPARENTES SPONDYLARTHROSE

Nom :

Prénom :

N° Adhérent :

Hospitalisations éventuelles : <i>[joindre les comptes rendus]</i>	Dates : Motifs :
Interventions chirurgicales éventuelles :	Dates : Type :
Symptômes : gêne fonctionnelle, raideur, ankylose, difformités
La maladie est-elle inactive ?	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui Si oui, depuis quand :
La maladie est-elle évolutive ?	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui
Description des activités professionnelles :
Date et durée des arrêts de travail éventuels :
Le patient est il en invalidité ou une demande est-elle en cours ? <i>[joindre la notification]</i>	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui Si oui, à quel taux : Dans quelle catégorie :
Pronostic :

QUESTIONNAIRE 15044 - PELVISPONDYLITE RHUMATISMALE
SPONDYLARTHRITE ANKYLOSANTE
RHUMATISMES APPARENTES SPONDYLARTHROSE

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



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