



## QUESTIONNAIRE 15009 - LITHIASSE URINAIRE

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 : .....

	NON	OUI	COMMENTAIRES	DATES
<b>Localisation :</b> - Rénale : - Urétérale : - Vésicale :	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> Droite <input type="radio"/> Droite <input type="radio"/> Gauche <input type="radio"/> Gauche	..... ..... .....
<b>Pathologie associée :</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Si oui, la(es)quelle(s) : ..... Traitement en cours : ..... .....	..... .....
<b>Traitement :</b> - Néphrectomie : - Autre intervention, lithotripsie... : (joindre les comptes rendus opératoires et anatomopathologiques)	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> Droite <input type="radio"/> Gauche Laquelle : ..... Résultat opératoire : .....	..... .....
<b>Hospitalisation :</b> (joindre le compte rendu)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Motifs : ..... ..... .....	..... .....
<b>Calculs éliminés :</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Persistants à droite <input type="radio"/> Persistants à gauche Nature chimique des calculs : ..... .....	..... .....
<b>Examens des urines réalisés au cours des 3 derniers mois :</b> - Protéines : - Examens cyto bactériologiques : - Fonction rénale :  - Autres examens de surveillance spécialisés : (joindre les comptes rendus)	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>  <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>  <input type="radio"/>	Résultat : ..... Résultat : ..... Créatininémie : Résultat : ..... Uricémie : Résultat : ..... Calcémie : Résultat : .....  Lesquels : ..... Résultat : .....	..... ..... ..... ..... ..... .....

## QUESTIONNAIRE 15009 - LITHIASE URINAIRE

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

	NON - OUI	COMMENTAIRES	DATES
<b>Complications éventuelles :</b> - Infectieuses :	<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.orias.fr)  
Autorité de Contrôle Prudentiel - 61 rue Taitbout - 75436 Paris cedex 09.



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