



QUESTIONNAIRE 15047 - MALADIE DE PARKINSON

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 :

Premiers symptômes : - Type d'atteinte au moment du diagnostic : - Date de la mise en route du premier traitement : - Durée de la rémission éventuelle :	<input type="radio"/> Unilatérale <input type="radio"/> Bilatérale
Traitements suivis :
Dernier traitement détaillé : <i>(Joindre la copie du compte rendu de la dernière consultation en neurologie)</i>
Handicap actuel : (Echelle Hoen et Yahr)	Stade I Atteinte unilatérale <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui Stade II Atteinte bilatérale sans handicap <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui Stade III Restriction de l'activité : travail possible <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui Stade IV Handicap sévère : marche possible <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui Stade V Assistance d'une tierce personne pour les activités de la vie quotidienne <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui
Date et durée des arrêts de travail éventuels :
Le malade 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 ? ou dans quelle catégorie ?
Avis, pronostic :

QUESTIONNAIRE 15047 - MALADIE DE PARKINSON

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.