



QUESTIONNAIRE 15006 - DIALYSE

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 :
Insuffisance Rénale : ☐ Aiguë ☐ Terminale
Affection causale :
☐ Maladie rénale primitive : laquelle ?
☐ Maladie systémique : laquelle ?
☐ Autre étiologie : laquelle ?

	NON	OUI	COMMENTAIRES	DATES
Hémodialyse :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> En milieu hospitalier <input type="radio"/> A domicile	Date de début : Date de fin :
Dialyse péritonéale :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Intermittente en milieu hospitalier <input type="radio"/> Continue ambulatoire (DPCA)	Date de début : Date de fin :
Dialyse chronique :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		Depuis :
Dialyse temporaire : - Pour rejet aigu ou subaigu de greffe rénale : - Toujours en cours :	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>		Date de début : Date de fin : Si non arrêt depuis :
Echec préalable de transplantation rénale :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		Reprise de la dialyse chronique depuis :
Transplantation rénale envisagée :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Si non, pourquoi ?	
Complications : - Phlébite : - Péritonite : - Septicémie :	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	Nombre d'épisode depuis 1 an : Nombre d'épisode depuis 1 an :	Depuis le : Depuis le :

Maladies associées :

- 

.....

.....

.....

.....



Depuis :

-

[illegible]☐ Traitée ☐ Non traitée

Depuis :

Date	Chiffres	
	SYST.	DIAST.

Date	Chiffres	
	SYST.	DIAST.

Date	Chiffres	
	SYST.	DIAST.

NON - OUI

DATES

Q Q

- Dernier contrôle le :

9 9

QUESTIONNAIRE 15006 - DIALYSE

Nom : Prénom : N° Adhérent :

Remarques éventuelles (autres traitements, autres affections) :
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Taille : Poids :

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.