



QUESTIONNAIRE MÉDICAL

QUESTIONNAIRE 15057 - HANDICAP PHYSIQUE

QMED

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
AFFECTION INVALIDANTE - Congénitale ou héréditaire ? - Acquise ? - Post-traumatique ? L'affection est-elle : - stabilisée ? - évolutive ?	<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"/>	Date des premiers symptômes : Date de diagnostic : Nature :
LE PATIENT PRESENTE-T-IL : - une atteinte cutanée de type plaies, escarres, ulcérations, cicatrices ... ? - une atteinte au niveau : - des membres ? - du tronc (rachis cervico-dorso-lombaire et bassin) ? - de la tête ? - est-il porteur de prothèses ostéo-articulaire, matériel de fixation, ou prothèse externe ? - utilise-t-il un appareil (fauteuil roulant, canne béquille, minerve, corset, attelle...) ?	<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"/>	Préciser la localisation, le type de lésion et l'étendue : Préciser la nature de l'atteinte : Préciser : Préciser :
LE PATIENT : - a-t-il ou a-t-il eu des crises convulsives, tremblements, mouvements anormaux, autres, ... ? - a-t-il ou a-t-il eu des troubles du tonus musculaire de type : contracture, hypertonie, spasticité et/ou une raideur ou ankylose articulaire ? - a-t-il des troubles ou des atteintes connues : - de la marche, du sommeil, des sens (élocution, parole, vision, audition, équilibre...) ? - neurologiques (sensibilité, douleur, anesthésie, déficit moteur, paralysie...) ? - cardio-vasculaires, respiratoires, digestifs, génito-urinaires (rétention, incontinence, infection) ?	<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"/>	Préciser : Préciser : Préciser : Préciser : Préciser :

Nom : Prénom : N° Adhérent :

TRAITEMENTS :	NON - OUI		COMMENTAIRES	
			ANTERIEURS	ACTUELS
- Médicaux (y compris infiltrations, synoviorthèses)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Chirurgicaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Kinésithérapie ou ostéopathie, manipulations, cures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Le patient a-t-il fait des séjours en milieu hospitalier ou assimilé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Date(s), durée(s), motif(s) :	
Existe-t-il un suivi médical et paramédical régulier avec une bonne compliance du patient ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Préciser :	

Remarques éventuelles :

.....

.....

Taille : Poids :

Tension artérielle : / Date : Traitée : Non Traitée :

Autres traitements éventuels :

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



Immeuble Aprilium
114 boulevard Marius Vivier Merle
69439 LYON Cedex 03
Fax 0478536518 - www.april.fr

SAS 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 et de résolution - 61 rue Taitbout - 75436 Paris cedex 09.

