

# Questionnaire V

## Syndrôme d'apnées du sommeil



À remplir à l'encre noire.

NOM et Prénom :

Date de naissance : / /

N° de police :

Cachet du médecin traitant

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 professionnel.

Prière de cocher les cases correspondantes et de fournir tout commentaire ou date en regard des réponses affirmatives lorsque cela est souhaité.

### Diagnostic :

Diagnostic :

Date de découverte : / /

Date de la dernière consultation : / /

### Symptômes :

Décrire les symptômes, fréquence et sévérité, la capacité fonctionnelle, durée des symptômes :

### Bilan Polysomnographique

NON OUI

Commentaires

Avant traitement		Index d'apnée - hypopnée (IAH) :
Sous traitement : <i>(polysomnographie ou relevé d'observance)</i>		Index d'apnée - hypopnée (IAH) résiduel : Nombre d'heures d'observance par nuit :

Fournir une copie du résultat du dernier examen pratiqué

### Traitement en cours

Si oui, à détailler

Pour le syndrome d'apnées du sommeil :	
Autres traitements :	

### Facteurs co-morbides

Si oui, préciser

Excès pondéral	Taille : cm Poids : kg
Hypertension artérielle	P.A. : /
Diabète	Dernier résultat de l'HbA1C : %
Dyslipidémie	Cholestérol total : g/l HDL : g/l et Triglycérides : g/l
Tabagisme	Consommation : / jour

NOM et Prénom :

## Complications éventuelles

NON OUI

Commentaires

### Cardiaques

*Si OUI, joindre une copie du dernier bilan de surveillance cardio-vasculaire spécialisé*

Angor

Date : / /

Type (stable / instable) :

Infarctus du myocarde

Date : / /

*Fournir une copie des comptes rendus d'hospitalisation et de la coronarographie.*

### Cérébrales

*Si OUI, joindre une copie du compte rendu hospitalier et du dernier bilan de surveillance neurologique et cardio-vasculaire réalisé.*

Accident Ischémique Transitoire (AIT)

Date : / /

Evolution/séquelles :

Accident Vasculaire Cérébral (AVC) constitué

Date : / /

Evolution/séquelles :

### Respiratoires

Insuffisance Respiratoire, BPCO, ...

*Fournir une copie des dernières EFR pratiquées.*

Taille : cm Poids : kg Pouls :

Tension artérielle : / Date : / / Traitée :

**IMPORTANT : La communication du protocole de tout examen anormal, des comptes rendus opératoires, et des bilans de contrôle les plus récents est indispensable.**

**Veillez SVP adresser directement ce rapport et la note de vos honoraires\* (à concurrence du plafond de la Compagnie), accompagnés impérativement de la proposition d'assurance complétée et signée par l'assuré sous pli confidentiel à: MetLife - à l'attention du Médecin Conseil - TSA 36835 - 95939 ROISSY CH DE GAULLE CEDEX.**

*\*Les honoraires ne seront remboursés qu'à réception des documents originaux précités.*

Fait à : Le : / /

Signature du médecin traitant