

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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Index d'apnée - hypopnée (IAH) : <input type="text"/>
Sous traitement : (polysomnographie ou relevé d'observance)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Index d'apnée - hypopnée (IAH) résiduel : <input type="text"/> Nombre d'heures d'observance par nuit : <input type="text"/>

Fournir une copie du résultat du dernier examen pratiqué

Traitement en cours

Si oui, à détailler

Pour le syndrome d'apnées du sommeil :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Autres traitements :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

Facteurs co-morbides

Si oui, préciser

Excès pondéral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Taille : <input type="text"/> cm Poids : <input type="text"/> kg
Hypertension artérielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P.A. : <input type="text"/> / <input type="text"/>
Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dernier résultat de l'HbA1C : <input type="text"/> %
Dyslipidémie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cholestérol total : <input type="text"/> g/l HDL : <input type="text"/> g/l et Triglycérides : <input type="text"/> g/l
Tabagisme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Consommation : <input type="text"/> / jour

NOM et Prénom :

Complications éventuelles

NON OUI

Commentaires

Cardiaques

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

Angor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Date : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Type (stable / instable) : <input type="text"/>
Infarctus du myocarde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Date : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <i>Fournir une copie des comptes rendus d'hospitalisation et de la coronarographie.</i>

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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Date : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Evolution/séquelles : <input type="text"/> <input type="text"/>
Accident Vasculaire Cérébral (AVC) constitué	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Date : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Evolution/séquelles : <input type="text"/> <input type="text"/>

Respiratoires

Insuffisance Respiratoire, BPCO, ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <i>Fournir une copie des dernières EFR pratiquées.</i>
--------------------------------------	--------------------------	--------------------------	--

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.

**Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraîne la nullité de l'assurance (art. L.113-8 du Code des Assurances)
Veuillez adresser directement ce questionnaire à l'attention du Médecin-Conseil à prevoyance.metlife@cbp-france.eu ou sous pli confidentiel à :
Cbp France - Service Prévoyance CS 20008 - 44967 NANTES CEDEX 9**

Fait à : Le : / /

Signature du médecin traitant