

Questionnaire V

Atteinte ostéo-articulaire



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 : / /

	NON	OUI	Commentaires	Dates
Affection causale connue :			Laquelle ? :	
Toujours présente				
Evolutivité :				
Episode unique			Si non, nombre d'épisodes : Durée :	
Maladie chronique				
Maladie toujours évolutive			Si non dernière poussée le :	/ /
Guérison clinique			Depuis :	/ /
Symptômes :				
Gêne fonctionnelle			Minime Modérée Marquée	
Raideur ou ankylose				
Difformité			Localisation : Marquée Invalidante	
Déficits neurologiques			Lesquels ? :	
Localisations extra-articulaires			Lesquelles ? :	
Autres			Lesquels ? :	
Traitement médical :			Permanent Intermittent	
Anti-inflammatoires non stéroïdiens				Depuis : / /
Corticoïdes			Posologie :	Depuis : / /
Sels d'or				Depuis : / /
Immunodépresseurs				Depuis : / /
Cytotoxiques				Depuis : / /
Autres			Lesquels ? :	Depuis : / /

NOM et Prénom :

	NON	OUI	Commentaires	Dates
Traitement chirurgical : (Joindre une copie des comptes rendus opératoire et histologique)			Laquelle ? :	
Résultat opératoire satisfaisant		Si non :	Séquelles : Ré-intervention	Le : / /
Intervention chirurgicale envisagée		Laquelle ? :		Quand : / /
Autre traitement (radiothérapie, kinésithérapie, etc.)			Laquelle ? :	Depuis : / /
Examens réalisés au cours des 2 dernières années :				
Examen radiologique			Laquel ? : Résultat* :	Le : / /
IRM ou scanner			Résultat* :	Le : / /
Détermination de la vitesse de sédimentation globulaire (V.S.G.)				mm (après 1 h)*
Examen radiologique du thorax		Normal	Anormal*	Le : / /
Epreuves fonctionnelles respiratoire		Normales	Anormales*	Le : / /
Autre examen			Laquel ? : Résultat* :	Le : / /
Absentéisme pour atteinte ostéo-articulaire			Fréquence : Durée moyenne :	
reprise du travail		Partielle	Complète	Depuis : / /

Personne séjournant dans un hôpital ou un établissement similaire

Veuillez préciser de plus, en cas de			Commentaires
Ostéomyélite		Signes d'amyloïdose	Fistule persistante avec écoulement
Difformités de la colonne vertébrale et du thorax		Signes d'amyloïdose	Fistule persistante avec écoulement
Spondylarthrite ankylosante		Protéinurie*	Trouble respiratoire restrictif
Taille :	cm	Poids :	kg
Tension artérielle :	/	Date :	/ /
			Pouls :
			Traitée :

IMPORTANT : La communication de tout examen anormal, ainsi que des clichés des examens radiologiques, des IRM et des scanners est indispensable.

Veuillez 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