

# 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

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

NOM et Prénom :

	NON	OUI	Commentaires	Dates
<b>Traitement chirurgical :</b> (Joindre une copie des comptes rendus opératoire et histologique)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Laquelle ? : <input type="text"/>	
Résultat opératoire satisfaisant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si non : <input type="checkbox"/> Séquelles : <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Ré-intervention	Le : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Intervention chirurgicale envisagée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Laquelle ? : <input type="text"/>	Quand : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
<b>Autre traitement</b> (radiothérapie, kinésithérapie, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Laquelle ? : <input type="text"/>	Depuis : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

**Examens réalisés au cours des 2 dernières années :**

Examen radiologique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Laquel ? : <input type="text"/>	Résultat* : <input type="text"/>	Le : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
IRM ou scanner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Résultat* : <input type="text"/>		Le : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Détermination de la vitesse de sédimentation globulaire (V.S.G.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mm (après 1 h)*		
Examen radiologique du thorax	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal*		Le : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Epreuves fonctionnelles respiratoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Normales <input type="checkbox"/> Anormales*		Le : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Autre examen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Laquel ? : <input type="text"/>	Résultat* : <input type="text"/>	Le : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

<b>Absentéisme pour atteinte ostéo-articulaire</b>			Fréquence : <input type="text"/>		
			Durée moyenne : <input type="text"/>		
reprise du travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Partielle <input type="checkbox"/> Complète		Depuis : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Personne séjournant dans un hôpital ou un établissement similaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

**Veuillez préciser de plus, en cas de**

	Commentaires
<b>Ostéomyélite</b>	<input type="checkbox"/> Signes d'amyloïdose <input type="checkbox"/> Fistule persistante avec écoulement
<b>Difformités de la colonne vertébrale et du thorax</b>	<input type="checkbox"/> Signes d'amyloïdose <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Fistule persistante avec écoulement <input type="text"/>
<b>Spondylarthrite ankylosante</b>	<input type="checkbox"/> Protéinurie* <input type="checkbox"/> Trouble respiratoire restrictif

Taille : <input type="text"/> cm	Poids : <input type="text"/> kg	Pouls : <input type="text"/>
Tension artérielle : <input type="text"/> / <input type="text"/>	Date : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Traitée : <input type="checkbox"/>

**IMPORTANT : La communication de tout examen anormal, ainsi que des clichés des examens radiologiques, des IRM et des scanners 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](mailto: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



MetLife Europe d.a.c. Société de droit irlandais, constituée sous la forme de « Designated Activity Company », immatriculée en Irlande sous le numéro 415123. Succursale pour la France 5 place de la Pyramide, 92800 Puteaux. 799 036 710 RCS Nanterre. MetLife Europe Insurance d.a.c. Société de droit irlandais, constituée sous la forme de « Designated Activity Company », immatriculée en Irlande sous le numéro 472350. Succursale pour la France 5 place de la Pyramide, 92800 Puteaux. 798 956 314 RCS Nanterre. Siège social de MetLife Europe d.a.c. et MetLife Europe Insurance d.a.c. : 20 on Hatch, lower Hatch Street, Dublin 2, Irlande. MetLife Europe d.a.c. et MetLife Europe Insurance d.a.c. (agissant toutes deux sous le nom commercial MetLife) sont réglementées par la Central Bank of Ireland.