

# Questionnaire M

## Atteinte respiratoire



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>Etiologie connue</b>			Laquelle ? :	Depuis : / /
<b>Présence :</b>				
De dyspnée			Au repos A l'effort Léger	Depuis : / /
De toux			Pendant au moins 3 mois	
D'expectoration			Pendant au moins 3 mois Abondante	
D'hémoptysie			Nombre d'épisodes dans les 2 ans	
De cyanose			Localisation :	Depuis : / /
De wheezing			Marqué Diffus	Depuis : / /
D'autres atteintes respiratoires associées			Asthme	Depuis : / /
			Emphysème pulmonaire	Depuis : / /
			Bronchectasie	Depuis : / /
			Bronchite chronique obstructive	Depuis : / /
			Bronchite chronique	Depuis : / /
		Tuberculose évolutive	Depuis : / /	
<b>Traitement médical :</b>				
Actuel			Lequel ? :	Depuis : / /
Antérieur			Lequel ? :	Depuis : / /
			Interrompu :	Depuis : / /
<b>Corticothérapie :</b>				
Au long cours permanente				Depuis : / /
Interrompue seulement pendant de courtes périodes				
Lors des crises			Durée :	
<b>Traitement chirurgical</b> (Joindre une copie des comptes rendus opératoire et histologique)			Type : Séquelles :	
<b>Assistance respiratoire mécanique</b>			Durée :	

NOM et Prénom :

	NON	OUI	Commentaires	Dates	
<b>Examens réalisés au cours des 12 derniers mois (joindre une copie des résultats) :</b>					
Examen radiologique du thorax		Résultat :		Depuis : / /	
Epreuves fonctionnelles respiratoires		Résultat : Progressivement anormaux*		Depuis : / /	
Analyse des gaz du sang		Résultat :		Depuis : / /	
E.C.G.*		Résultat :		Depuis : / /	
Numération des globules rouges		Résultat :		Depuis : / /	
<b>Signes de cœur pulmonaire</b>		Laquelle ? :		Depuis : / /	
<b>Hypoxie</b>		Antérieure	Présente	Modérée	Sévère
<b>Autres facteurs pouvant influencer le pronostic</b>		Environnement atmosphérique pollué			
<b>Fumeur</b>		Cigarettes	Nombre/jour		
		Cigares	Nombre/jour		
		Pipes	Nombre/jour		
<b>Arrêt total du tabac</b>				Depuis : / /	
<b>Au cours des 12 derniers mois, absentéisme pour troubles respiratoires</b>		Fréquence :			
		Durée :			

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

**Commentaires**

<b>Asthme</b>	Nombre / sévérité des crises par an : Date (mois/année) de la dernière crise :	Hypoxie entre les épisodes aigus	Poumons clairs entre les crises
		Asthme chronique	Détresse respiratoire Invalidante
<b>Bronchectasie</b>	Congénitale	Symptômes minimes	Atteinte localisée Asymptomatique
		Atteinte 3 lobes ou plus	Symptômes plus que minimes Drainage postural à des intervalles de moins de 6 mois
<b>Bronchite chronique</b>	Spécifique		Non spécifique

<b>Pneumoconiose</b>	Nature des agents responsables :		
	Stade :		
	Toujours exposé		Arrêt depuis : / /

Taille :	cm	Poids :	kg	Pouls :
Tension artérielle :	/	Date :	/ /	Traitée :

**IMPORTANT : La communication du dernier bilan de suivi pneumologique et des tracés électrocardiographiques les plus récents 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

