

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

NOM et Prénom : _____

NON OUI

Commentaires

Dates

Examens réalisés au cours des 12 derniers mois (joindre une copie des résultats) :

Examen radiologique du thorax	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Résultat : _____ _____	Depuis : _____ / _____ / _____
Epreuves fonctionnelles respiratoires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Résultat : _____ _____	Depuis : _____ / _____ / _____
	<input type="checkbox"/>		Progressivement anormaux*	
Analyse des gaz du sang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Résultat : _____ _____	Depuis : _____ / _____ / _____
E.C.G.*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Résultat : _____ _____	Depuis : _____ / _____ / _____
Numération des globules rouges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Résultat : _____ _____	Depuis : _____ / _____ / _____
Signes de cœur pulmonaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Laquelle ? : _____ _____	Depuis : _____ / _____ / _____
Hypoxie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Antérieure <input type="checkbox"/> Présente <input type="checkbox"/> Modérée <input type="checkbox"/> Sévère	
Autres facteurs pouvant influencer le pronostic	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Environnement atmosphérique pollué	
Fumeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Cigarettes Nombre/jour _____ <input type="checkbox"/> Cigares Nombre/jour _____ <input type="checkbox"/> Pipes Nombre/jour _____	
Arrêt total du tabac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Depuis : _____ / _____ / _____
Au cours des 12 derniers mois, absentéisme pour troubles respiratoires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fréquence : _____ Durée : _____	

Veillez préciser de plus, en cas de

Commentaires

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

**Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraîne la nullité de l'assurance (art. L.113-8 du Code des Assurances)
Veillez 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

