

Questionnaire N

Maladie de Crohn / Colite ulcéreuse



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
Localisation :				
Iléon				
Plus de 2 segments de l'intestin grêle				
Atteinte diffuse de l'intestin grêle				
Iléocolite				
Côlon			Pancolite Colite sévère (fulminante)	Date de rémission : / /
Rectum				
Evolution :				
rémission			Nombre de poussées :	Depuis : / / Dernière le : / /
récidive(s) depuis intervention			Nombre :	/ /
Traitement médical :				
Salazopyrine				Depuis : / /
5-ASA				Depuis : / /
Corticothérapie au long cours permanente			Posologie :	Depuis : / /
			Interrompue	Depuis : / /
Immunodépresseur au long cours permanent				Depuis : / /
			Interrompue	Depuis : / /
Nutrition parentérale			Durée :	
Autre			Lequel ? :	Depuis : / /
Traitement chirurgical* (Joindre une copie des comptes rendus opératoire et histologique)			Lequel ? :	/ /
Séquelle			Laquelle ? :	

NOM et Prénom :

	NON	OUI	Commentaires	Dates	
Complications :					
Fistule (entéro-vésicale, colo-vésicale, colo-vaginale ou colo-rectale)			Persistante après opération	/	/
Mégacôlon toxique				/	/
Anémie mégaloblastique			Taux de l'hémoglobine :	/	/
Perte de poids			kg		
Dégénérescence cancéreuse ou modification précancéreuse			Préciser :	/	/
Perforation				/	/
Sténose cicatricielle				/	/
Arthrite			Localisation(s) :	/	/
Hépatite chronique agressive				/	/
Uvéite et iritis				/	/
Autre(s)			Préciser :		
Examens réalisés au cours des 6 derniers mois :					
Transit du grêle			Normale* Anormal*	/	/
Lavement baryté			Normale* Anormal*	/	/
Endoscopie			Normale* Anormal*	/	/
Détermination de la vitesse de sédimentation globulaire (V.S.G.)			Normale* Anormal*	/	/
Biopsie*			Normale* Anormal*	/	/
Autre(s)			Lesquels ? :	/	/
			Résultat* :		
			Lesquels ? :	/	/
			Résultat* :		
			Lesquels ? :	/	/
			Résultat* :		
Taille :		cm	Poids :	kg	Pouls :
Tension artérielle :	/		Date :	/ /	Traitée :

IMPORTANT : La communication du protocole de tout examen anormal ainsi que des comptes rendus histologiques et opératoires est indispensable.

Veillez 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