

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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Plus de 2 segments de l'intestin grêle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Atteinte diffuse de l'intestin grêle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Iléocolite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Côlon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Pancolite <input type="checkbox"/> Colite sévère (fulminante)	Date de rémission : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Rectum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Evolution :

rémission	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nombre de poussées : <input type="text"/>	Depuis : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Dernière le : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
récidive(s) depuis intervention			Nombre : <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	

Traitement médical :

Salazopyrine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Depuis : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
5-ASA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Depuis : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Corticothérapie au long cours permanente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Posologie : <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Interrompue	Depuis : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Depuis : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Immunodépresseur au long cours permanent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Interrompue	Depuis : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Depuis : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Nutrition parentérale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Durée : <input type="text"/>	
Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lequel ? : <input type="text"/>	Depuis : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

Traitement chirurgical* (Joindre une copie des comptes rendus opératoire et histologique)

			Lequel ? : <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Séquelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Laquelle ? : <input type="text"/>	<input type="text"/>

NOM et Prénom :

NON OUI **Commentaires** **Dates**

Complications :

Fistule (entéro-vésicale, colo-vésicale, colo-vaginale ou colo-rectale)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Persistante après opération	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>
Mégacolon toxique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>
Anémie mégaloblastique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Taux de l'hémoglobine : <input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>
Perte de poids	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> kg					
Dégénérescence cancéreuse ou modification précancéreuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Préciser : <input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>
Perforation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>
Sténose cicatricielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>
Arthrite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Localisation(s) : <input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>
Hépatite chronique agressive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>
Uvéite et iritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>
Autre(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Préciser : <input type="text"/>					

Examens réalisés au cours des 6 derniers mois :

Transit du grêle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Normale*	<input type="checkbox"/> Anormal*	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>
Lavement baryté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Normale*	<input type="checkbox"/> Anormal*	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>
Endoscopie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Normale*	<input type="checkbox"/> Anormal*	<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="checkbox"/> Normale*	<input type="checkbox"/> Anormal*	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>
Biopsie*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Normale*	<input type="checkbox"/> Anormal*	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>
Autre(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquels ? : <input type="text"/>		<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>
			Résultat* : <input type="text"/>						
			Lesquels ? : <input type="text"/>		<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>
			Résultat* : <input type="text"/>						
			Lesquels ? : <input type="text"/>		<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>
			Résultat* : <input type="text"/>						

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.

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 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.