

# Questionnaire 1F Diabète

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 :

Dosages (les plus récents)	TAUX	DATE (actuelle)	TAUX	DATES (antérieurs)
Glycémie à jeun	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Hémoglobine glycosylée HbA1c	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Glycosurie seulement occasionnelle	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Acétonurie	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Micro albuminurie	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Protéinurie	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

NON OUI

Commentaires

## Traitement :

Antidiabétiques oraux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depuis le : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Insulinothérapie en cours	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depuis le : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Insulinothérapie envisagée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quand : <input type="text"/>
Autres médicaments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquels ? : <input type="text"/>
			Pourquoi ? : <input type="text"/>
			Lesquels ? : <input type="text"/>
			Pourquoi ? : <input type="text"/>
			Lesquels ? : <input type="text"/>
			Pourquoi ? : <input type="text"/>

## Evolution :

Au cours des 6 derniers mois glycémie supérieure à 15,4 mmol/l (279 mg/100 ml)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> À plusieurs reprises <input type="checkbox"/> Lors d'une maladie aiguë intercurrente
Hypoglycémie			<input type="checkbox"/> Seulement occasionnelle <input type="checkbox"/> Episodes fréquents
Diabète contrôlé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depuis le : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Sous surveillance médicale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depuis le : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Antécédent d'acido-cétose, de coma acido-cétosique ou hyperosmolaire non cétosique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nombre : <input type="text"/>
			Dernier le : <input type="text"/>

NOM et Prénom :

NON OUI Commentaires Dates

**Manifestations :**

Retentissement rénal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Persistante après opération	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>
Retentissement vasculaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Maladie coronarienne	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>
			<input type="checkbox"/> Maladie des artères périphériques	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>
			<input type="checkbox"/> Rétinopathie proliférative	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>
			<input type="checkbox"/> Maladie cérébrovasculaire	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>
Retentissement neurologique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Neuropathie diabétique autonome	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>
			<input type="checkbox"/> Neuropathie diabétique périphérique	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>

**Facteurs de risques associés :**

Hérédité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Père	<input type="checkbox"/> Mère	<input type="checkbox"/> Frère(s)	<input type="checkbox"/> Sœur(s)	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>
Tabac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Normale*	<input type="checkbox"/> Anormal*							
			Consommation : <input type="text"/> / jour	Date d'arrêt : <input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	
Cholestérol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Total : <input type="text"/>	HDL : <input type="text"/>							
HTA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Résultat du dernier contrôle : <input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>
E.C.G.*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
Repos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Normale*	<input type="checkbox"/> Anormal*	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>		
Effort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Normale*	<input type="checkbox"/> Anormal*	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>		

Taille :  cm Poids :  kg Pouls :

Tension artérielle :  /  Date :  /  /  Traitée :

**IMPORTANT : La communication du protocole de tout examen anormal, 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)**  
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.