

# Questionnaire 1-I Epilepsie



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

Type :			
Grand mal			
Petit mal			
Autre	Lequel ? :		
Crises :	Depuis la découverte :	/	/
	Au cours des 12 derniers mois :	/	/
	Date de la dernière crise (mois/année) :	/	/
Affection causale	Laquelle ? :		
Origine tumorale formellement exclue	Par artériographie	Par scanner	/ /
	Par scintigraphie	Par chirurgie	/ /
	autres moyens : Lesquels ? :		/ /
Traitement	Lesquels ? :		
		Depuis :	/ /
Troubles nerveux ou psychiques associés	Lesquels ? :		
		Depuis :	/ /
Consommation quotidienne de boissons alcoolisées (vin et bière : en litre, apéritif et alcool : en nombre)	Vin :	Bière :	
	Apéritif :	Alcool :	
Autres facteurs pouvant influencer le pronostic : Profession, Sports / loisirs, Environnement			

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

**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

