

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.

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

Taille : cm Poids : kg Pouls :

Tension artérielle : / Date : / /

Traitée :

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

