

# 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 :

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 :

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



LE TRI  
+ FACILE



+



LE BAC  
DE  
L'EU