

Questionnaire 0

Atteinte hépatique



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	
Etiologie connue									
Alcoolique									
Virale			A	B	C	Delta	E		
			Autre virus :						
Autre			Laquelle ? :						
Présence :									
D'ictère			Nombre d'épisodes dans les 2 ans					/	/
D'hépatomégalie			Flèche hépatique :			cm			
			Consistance dure			Surface irrégulière			
D'ascite									
D'encéphalopathie hépatique									
D'hypertension portale									
D'angiomes stellaires									
Forme d'hépatite :									
Aiguë									
Fulminante									
Chronique			Chronique persistante			Chronique active			
			Corticothérapie au long cours permanent					/	/
		Bêta-bloquant					/	/	
Traitement médical :			Immunodépresseur au long cours permanent					/	/
			Interféron					/	/
			Acide ursodésoxycholique					/	/
		Autre :							
Traitement chirurgical			Dérivation porto-systémique					/	/
			Autre :					/	/
Examens biologiques réalisés au cours des 6 derniers mois :									
Bilirubinémie			Taux :					/	/
Transaminases			ALAT :			ASAT :		/	/
Gamma-GT			Taux :					/	/

NOM et Prénom :									
		NON OUI		Commentaires		Dates			
Phosphatase alcaline		Taux :				/	/		
Facteurs de coagulation		TP :	%	TP :	%	/	/		
Electrophorèse des protéines		Albumine :	α1-glob :	α2-glob :		/	/		
		β-glob :	γ-glob :	bloc β-γ :					
Alpha-foetoprotéine		Taux :				/	/		
Anticorps anti-mitochondries		Résultat :				/	/		
Autres auto-anticorps		Lesquels ? :				/	/		
		Résultat :							
Autre		Lequel ? :				/	/		
		Résultat :							
Marqueurs sérologiques viraux									
		+		-		+		-	
Virus B	Ag HBs			Virus A	Ac IgM anti VHA				
	Ac anti HBs			Virus C	Ac anti VHC				
	Ac anti HBc				ARN Viral				
	IgM anti HBc			Virus delta	Ac anti delta totaux				
	Ag Hbe			Autre virus	Sérologie				
	Ac anti Hbe			HIV 1 & 2					
	ADN VHB								
Examens complémentaires :									
Echotomographie hépato-vésiculaire		Normale		Anormale*		/	/		
Scanner abdominal		Normal		Anormal*		/	/		
Ponction-biopsie hépatique		Résultat* :		Score de KNOPELL ou METAVIR		/	/		
Fibroscopie oeso-gastro-duodénale*		Varices oesophagiennes				/	/		
Autre		Gastrite		Ulcérations gastro-duodénales					
		Lequel ? :				/	/		
		Résultat* :							
Guérison						Depuis :	/	/	
Stabilisation						Depuis :	/	/	
Consommation de boissons alcoolisées		Quantité :		/Jour					
Abstinence totale						Depuis :	/	/	
Taille :		cm	Poids :	kg	Pouls :				
Tension artérielle :		/	Date :	/	/	Traitée :			

IMPORTANT : La communication du compte-rendu de tout examen anormal est indispensable.

Veillez 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