

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

NOM et Prénom :

	NON	OUI	Commentaires	Dates
Phosphatase alcaline	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Taux : <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Facteurs de coagulation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	TP : <input type="text"/> % TP : <input type="text"/> %	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Electrophorèse des protéines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Albumine : <input type="text"/> α1-glob : <input type="text"/> α2-glob : <input type="text"/> β-glob : <input type="text"/> γ-glob : <input type="text"/> bloc β-γ : <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Alpha-foetoprotéine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Taux : <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Anticorps anti-mitochondries	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Résultat : <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Autres auto-anticorps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquels ? : <input type="text"/> Résultat : <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lequel ? : <input type="text"/> Résultat : <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
<b>Marqueurs sérologiques viraux</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

		+	-			+	-
<b>Virus B</b>	Ag HBs			<b>Virus A</b>	Ac IgM anti VHA		
	Ac anti HBs			<b>Virus C</b>	Ac anti VHC		
	Ac anti HBc				ARN Viral		
	IgM anti HBc			<b>Virus delta</b>	Ac anti delta totaux		
	Ag Hbe			<b>Autre virus</b>	Sérologie		
	Ac anti Hbe			<b>HIV 1 &amp; 2</b>			
	ADN VHB						

**Examens complémentaires :**

Echotomographie hépato-vésiculaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Anormale*	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Scanner abdominal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal*	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Ponction-biopsie hépatique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Résultat* : <input type="text"/> Score de KNOPELL ou METAVIR <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Fibroscopie oeso-gastro-duodénale*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Varices oesophagiennes	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Gastrite <input type="checkbox"/> Ulcérations gastro-duodénales Lequel ? : <input type="text"/> Résultat* : <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
<b>Guérison</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Depuis : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
<b>Stabilisation</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Depuis : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
<b>Consommation de boissons alcoolisées</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quantité : <input type="text"/> / Jour	
<b>Abstinence totale</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Depuis : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

Taille :  cm Poids :  kg Pouls :

Tension artérielle :  /  Date :  /  /  Traitée :

**IMPORTANT : La communication du compte-rendu de tout examen anormal 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