

Questionnaire 2-E

Lymphomes & Hémopathies malignes

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.

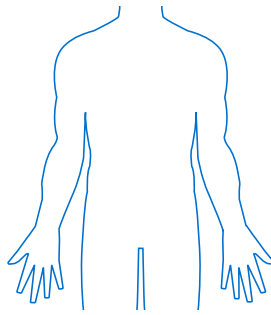
Prière de cocher les cases correspondantes et de fournir tout commentaire ou date en regard des réponses affirmatives lorsque cela est souhaité.

Diagnostic :

Diagnostic :

Date de découverte : / /

Date de la dernière consultation : / /

	NON	OUI	Commentaires	Dates
Lymphome non Hodgkinien			Diagnostic :	/ /
Stade			Préciser :	
Classification				
Bas grade			A B C	
Grade intermédiaire			D E F G	
Haut grade			H I J	
Divers			Préciser :	
Maladie massive, fièvre, sueurs nocturnes, perte de poids				
Maladie de Hodgkin				
Stade				/ /
I A			 <p>(marquez le siège des lésions)</p>	
D'angiomes stellaires				
Aiguë				
Fulminante				
Chronique				
Bilirubinémie				
Transaminases				
Maladie massive				
			Diagnostic précis :	
			LLC LAM	
			LNLA LM	
Hémopathie maligne :			LLA	/ /
			Autre :	

NOM et Prénom :

	NON	OUI	Commentaires	Dates
Evolution :				
Rémission complète			Depuis :	/ /
Récidive(s)		Nombre :	Date(s) :	/ /
Stabilisation de la maladie			Absence de progression depuis :	/ /
Séquelles		Préciser :		
Traitement :				
Chirurgie (Joindre une copie des comptes rendus opératoire et histologique)		Laquelle ? : Résultat :		/ /
Radiothérapie		Localisation : Résultat :		/ /
Chimiothérapie		Protocole ? : Résultat :		/ /
Greffe de moëlle		Résultat :		/ /
Autre		Lequel ? : Résultat :		/ /
Résultat du dernier bilan de surveillance (< 1 an) :				
Scanner		Résultat :		/ /
Radiographie du thorax*		Résultat :		/ /
Hémogramme*		Résultat :		/ /
Numération des thrombocytes*		Nombre :		/ /
Marqueurs sérologiques viraux* :				
Hépatite B*		Résultat :		/ /
Hépatite C*		Résultat :		/ /
HIV1 et 2*		Résultat :		/ /
Arrêt de travail				
Reprise du travail		Durée :		/ /
		à temps partiel	à temps complet	Date : / /
Taille :		cm	Poids : kg	Pouls :
Tension artérielle :	/	Date : / /		Traitée :

IMPORTANT : La communication des comptes rendus histologiques et opératoires ainsi que du dernier bilan de suivi oncologique est indispensable.

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