

# 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.

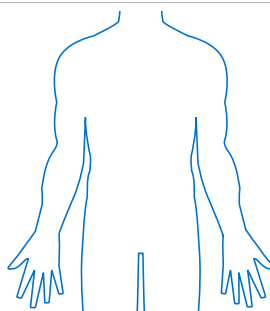
### Diagnostic :

Diagnostic :

Date de découverte :  /  /

Date de la dernière consultation :  /  /

	NON	OUI	Commentaires	Dates
<b>Lymphome non Hodgkinien</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diagnostic : <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Stade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Préciser : <input type="text"/>	
<b>Classification</b>				
Bas grade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/>	
Grade intermédiaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	
Haut grade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/>	
Divers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Préciser : <input type="text"/>	
Maladie massive, fièvre, sueurs nocturnes, perte de poids	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>Maladie de Hodgkin</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Stade				<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
IA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
D'angiomes stellaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Aiguë	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Fulminante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Chronique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Bilirubinémie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Transaminases	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Maladie massive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		



(marquez le siège des lésions)

Diagnostic précis :

LLC  LAM  
 LNLA  LM

Hémopathie maligne :

LLA

Autre :

/  /

NOM et Prénom :

**NON OUI** **Commentaires** **Dates**

**Evolution :**

Rémission complète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depuis :	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>		
Récidive(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nombre :	<input type="text"/>	Date(s) :	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>
Stabilisation de la maladie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Absence de progression depuis :	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>		
Séquelles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Préciser :	<input type="text"/>	<input type="text"/>					

**Traitement :**

Chirurgie (Joindre une copie des comptes rendus opératoire et histologique)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Laquelle ? :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	Résultat :	<input type="text"/>
Radiothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Localisation :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	Résultat :	<input type="text"/>
Chimiothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Protocole ? :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	Résultat :	<input type="text"/>
Greffe de moëlle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Résultat :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>		
Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lequel ? :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	Résultat :	<input type="text"/>

**Résultat du dernier bilan de surveillance (< 1 an) :**

Scanner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Résultat :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	
Radiographie du thorax*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Résultat :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	
Hémogramme*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Résultat :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	
Numération des thrombocytes*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nombre :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	
Marqueurs sérologiques viraux* :										
Hépatite B*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Résultat :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	
Hépatite C*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Résultat :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	
HIV1 et 2*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Résultat :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	

**Arrêt de travail**

Reprise du travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Durée :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	à temps partiel	<input type="checkbox"/>	à temps complet	Date :	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>

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.**

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



MetLife Europe d.a.c. Société de droit irlandais, constituée sous la forme de « Designated Activity Company », immatriculée en Irlande sous le numéro 415123. Succursale pour la France 5 place de la Pyramide, 92800 Puteaux. 799 036 710 RCS Nanterre. MetLife Europe Insurance d.a.c. Société de droit irlandais, constituée sous la forme de « Designated Activity Company », immatriculée en Irlande sous le numéro 472350. Succursale pour la France 5 place de la Pyramide, 92800 Puteaux. 798 956 314 RCS Nanterre. Siège social de MetLife Europe d.a.c. et MetLife Europe Insurance d.a.c. : 20 on Hatch, lower Hatch Street, Dublin 2, Irlande. MetLife Europe d.a.c. et MetLife Europe Insurance d.a.c. (agissant toutes deux sous le nom commercial MetLife) sont réglementées par la Central Bank of Ireland.