

Questionnaire 2-L

Maladie cardiaque ischémique



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
Maladie coronarienne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Atteinte(s) (lors du bilan initial) <i>Fournir une copie du compte rendu de la coronarographie</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Tronc commun <input type="checkbox"/> Mono-tronculaire <input type="checkbox"/> Bi-tronculaire <input type="checkbox"/> Tri-tronculaire Localisation : <input type="text"/>	
Manifestations cliniques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquelles ? : <input type="text"/> Facteur déclenchant : <input type="text"/> Dernier épisode : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	
Angor instable ou état de mal angineux persistant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Infarctus du myocarde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Unique Localisation : <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Multiples Nombre : <input type="text"/> Localisation : <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"/>
Complications	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Troubles du rythme Lesquels ? : <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Shunt <input type="checkbox"/> Anévrisme ventriculaire gauche <input type="checkbox"/> Insuffisance cardiaque congestive <input type="checkbox"/> Troubles de la conduction <input type="checkbox"/> Valvulopathie Laquelle ? : <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Syndrome post infarctus actuel <input type="checkbox"/> Cardiomégalie, HVG Importance <input type="text"/>	
Traitement médical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Thrombolyse Quand : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Résultats : <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Anti-arythmique Depuis : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Dérivés nitrés Depuis : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="checkbox"/> βbloquants Depuis : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="checkbox"/> I.E.C. Depuis : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Anticoagulants Depuis : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Anti-agrégants plaquettaires Depuis : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Autre Depuis : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Préciser : <input type="text"/>	

NOM et Prénom :

	NON	OUI	Commentaires	Dates
Traitement chirurgical* :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Pontage coronaire :				
Greffon veineux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Localisation : _____	____ / ____ / ____
Greffon artériel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Résultat : _____	____ / ____ / ____
Angioplastie simple	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Localisation : _____ Résultat : _____	____ / ____ / ____ ____ / ____ / ____
Angioplastie + stent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Localisation : _____ Résultat : _____	____ / ____ / ____ ____ / ____ / ____
Anévrismectomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Résultat : _____	____ / ____ / ____
Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Préciser : _____	____ / ____ / ____
Evolution :				
Progression post-opératoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Préciser : _____	____ / ____ / ____
Angor post-infarctus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		____ / ____ / ____
Investigations ou opérations envisagées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Préciser : _____	Quand ? : ____ / ____ / ____
Examens réalisés au cours des 12 derniers mois :				
Epreuve d'effort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Pourcentage de FMT atteint _____ <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Anormale* Préciser : _____	____ / ____ / ____ ____ / ____ / ____
Fraction d'éjection ventriculaire gauche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ≥ 50 <input type="checkbox"/> De 49 à 45 <input type="checkbox"/> De 44 à 40 <input type="checkbox"/> De 39 à 35 <input type="checkbox"/> ≤ 34 <input type="checkbox"/> Méthode utilisée : _____	____ / ____ / ____
Echocardiographie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Anormale* Préciser : _____	____ / ____ / ____
E.C.G. de repos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Anormal* Préciser : _____	____ / ____ / ____
Scintigraphie au Thallium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Anormale*	____ / ____ / ____
Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Préciser : _____	____ / ____ / ____
Facteurs de risque :				
Hérédité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère	
Tabac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fumeur actuel <input type="checkbox"/> Ancien fumeur Consommation _____ / jour Date d'arrêt : ____ / ____ / ____	
Cholestérol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Total : _____ HDL : _____	____ / ____ / ____
Diabète sucré	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		____ / ____ / ____
Stress	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		____ / ____ / ____
Hypertension artérielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Traitement : _____	____ / ____ / ____

NOM et Prénom :

	NON	OUI	Commentaires	Dates
Limitation de l'activité physique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Classification NYHA <input type="checkbox"/> CL II <input type="checkbox"/> CL III <input type="checkbox"/> CL IV	
Absentéisme (au cours des 3 dernières années) pour raisons cardiovasculaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Préciser : <input type="text"/> Le : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Reprise : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	
Taille : <input type="text"/> cm			Poids : <input type="text"/> kg	Pouls : <input type="text"/>
Tension artérielle : <input type="text"/> / <input type="text"/>			Date : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Traitée : <input type="checkbox"/>

IMPORTANT : La communication du protocole de tout examen anormal, des tracés électrocardiographiques, des coronaro et ventriculographies, ainsi que des bilans pré- et post- opératoires 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 ou sous pli confidentiel à :
Cbp France - Service Prévoyance CS 20008 - 44967 NANTES CEDEX 9

Fait à : Le : / /

Signature du médecin traitant

