

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

NOM et Prénom :

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

NOM et Prénom :

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

**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.**

**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