

Questionnaire 3-L

Maladie cardiaque non 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
Nature de l'atteinte				
Troubles du rythme / arythmie			Diagnostic exact : Permanent Paroxystique	/ /
Bloc de Branche			Type de bloc :	/ /
Cardiopathie congénitale			Préciser :	/ /
Cardiomyopathie			Préciser (<i>dilatée, hypertrophique,...</i>):	/ /
Myocardite / Péricardite			Préciser :	/ /
Valvulopathie			Préciser :	/ /
Souffle au coeur			Ancienneté : Grade : Localisation : Propagation :	/ /
Autre			Préciser :	/ /
Cause sous jacente ?			Préciser :	/ /
Symptômes			Fréquence et sévérité : Date de la dernière crise : / / Durée de chaque crise :	

NOM et Prénom :

	NON	OUI	Commentaires		Dates	
Facteurs de risque :						
Hérédité			Père	Mère		
Tabac			Fumeur actuel Consommation	Ancien fumeur / jour	Date d'arrêt :	/ /
Cholestérol			Total :	HDL :		/ /
Diabète sucré						/ /
Stress						/ /
Hypertension artérielle			Traitement :			/ /
Traitement						
Médical			Le(s)quel(s) ? :			/ /
Chirurgical (joindre une copie des comptes rendus hospitalier et opératoire) :			Type d'intervention : Résultat :			/ /
Réintervention envisagée					Quand ? :	/ /
Examens réalisés au cours des 12 derniers mois (joindre une copie des comptes rendus et tracés)						
Epreuve d'effort			Pourcentage de FMT atteint Normale Anormale*			/ / / /
			Préciser :			
Fraction d'éjection ventriculaire gauche			≥ 50 De 39 à 35	De 49 à 45 ≤ 34	De 44 à 40	/ / / /
			Méthode utilisée :			
Echocardiographie			Normale	Anormale*		/ /
			Préciser :			
E.C.G. de repos			Normal	Anormal*		/ /
			Préciser :			
Holter E.C.G.			Normal	Anormal*		/ /
			Préciser :			
Radiographie du thorax			Normale	Anormale*		/ /
			Préciser :			
Autre			Préciser :			/ /
Taille :		cm	Poids :	kg	Pouls :	
Tension artérielle :	/		Date :	/ /	Traitée :	

IMPORTANT : La communication du dernier bilan cardiologique 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