

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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diagnostic exact : _____ <input type="checkbox"/> Permanent <input type="checkbox"/> Paroxystique	____ / ____ / ____
Bloc de Branche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Type de bloc : _____	____ / ____ / ____
Cardiopathie congénitale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Préciser : _____	____ / ____ / ____
Cardiomyopathie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Préciser (<i>dilatée, hypertrophique,...</i>) : _____	____ / ____ / ____
Myocardite / Péricardite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Préciser : _____	____ / ____ / ____
Valvulopathie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Préciser : _____	____ / ____ / ____
Souffle au coeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ancienneté : _____ Grade : _____ Localisation : _____ Propagation : _____	____ / ____ / ____
Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Préciser : _____	____ / ____ / ____
Cause sous jacente ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Préciser : _____	____ / ____ / ____
Symptômes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fréquence et sévérité : _____ Date de la dernière crise : ____ / ____ / ____ Durée de chaque crise : _____	

NOM et Prénom :

NON OUI

Commentaires

Dates

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"/>	Fumeur actuel	Ancien fumeur	
			Consommation <input type="text"/> / jour	Date d'arrêt : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	
Cholestérol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Total : <input type="text"/>	HDL : <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Diabète sucré	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Stress	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Hypertension artérielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Traitement : <input type="text"/>		<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

Traitement

Médical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le(s)quel(s) ? : <input type="text"/>		<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Chirurgical (joindre une copie des comptes rendus hospitalier et opératoire) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Type d'intervention : <input type="text"/>		<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
			Résultat : <input type="text"/>		
Réintervention envisagée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Quand ? :	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

Examens réalisés au cours des 12 derniers mois (joindre une copie des comptes rendus et tracés)

Epreuve d'effort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Pourcentage de FMT atteint <input type="text"/>		<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
			<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Anormale*		<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
			Préciser : <input type="text"/>		
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="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
			<input type="checkbox"/> De 39 à 35 <input type="checkbox"/> ≤ 34		
			<input type="checkbox"/> Méthode utilisée : <input type="text"/>		
Echocardiographie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Anormale*		<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
			Préciser : <input type="text"/>		
E.C.G. de repos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal*		<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
			Préciser : <input type="text"/>		
Holter E.C.G.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal*		<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
			Préciser : <input type="text"/>		
Radiographie du thorax	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Anormale*		<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
			Préciser : <input type="text"/>		
Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Préciser : <input type="text"/>		<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

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.

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

