

# Questionnaire spécifique de santé Mucoviscidose



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 :

## Informations générales :

Taille :

Poids :

Pouls :

Tension artérielle :

Date :

Traitée :

## Evaluation de l'affection (atteintes pulmonaires et viscérales) :

	NON	OUI	Commentaires	Dates
Le patient a-t-il bénéficié d'une transplantation d'organe ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précisez	/ /
Le patient a-t-il réalisé récemment (moins d'1 an ?) une épreuve fonctionnelle respiratoire (EFR) ? <i>Joindre les résultats des dernières E.F.R (Epreuves Fonctionnelles Respiratoires) pratiquées</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Résultats des dernières EFR : Dont résultats du dernier VEMS : % théorique	/ /
Le patient a-t-il un antécédent de pneumothorax ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		/ /
Le patient est-il atteint de diabète, ou a-t-il une intolérance au glucose ou une hyperglycémie modérée à jeun ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précisez	/ /
Le patient est-il atteint d'insuffisance pancréatique exocrine ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		/ /

## Traitements :

Préciser le cas échéant la nature du traitement, depuis quand il a été instauré et sa durée.

	NON	OUI	Commentaires	Dates
Le patient bénéficie-t-il d'une oxygénothérapie quotidienne ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, veuillez préciser le nombre d'heures par jour :	Depuis quand : / /
Le patient bénéficie-t-il d'une corticothérapie systémique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nom du traitement : Durée du traitement :	A quelle date : / /
Le patient bénéficie-t-il d'une ventilation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui : <input type="checkbox"/> invasive <input type="checkbox"/> non invasive Si oui, veuillez préciser le nombre d'heures par jour :	Depuis quand : / /

NOM et Prénom :

## Microbiologie :

	NON	OUI	Commentaires	Dates
Le patient a-t-il été ou est-il atteint d'une colonisation par :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Burkholderia cepacia ?	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Une Mycobactérie atypique ?	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Pseudomonas aeruginosa ?	

TOUTES AFFECTIONS NON CITÉES CI-DESSUS SONT À DÉCLARER SÉPARÉMENT.

## Examens pratiqués :

	NON	OUI	Commentaires	Dates
Le patient a-t-il subi récemment (dans les 12 derniers mois) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Un électrocardiogramme ? Si oui, préciser : date, résultat : <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Une imagerie thoracique ? Si oui, préciser : date, résultat : <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> D'autres examens ? Si oui, lesquels ? Préciser les résultats : <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Le patient a-t-il subi des interventions chirurgicales ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, lesquelles ? <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

**IMPORTANT : MetLife se réserve le droit de demander des informations ou précisions complémentaires nécessaires à l'étude du dossier.**  
**La communication du protocole de tout examen anormal 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