

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 : cm Poids : kg 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 ?			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>			Résultats des dernières EFR : Dont résultats du dernier VEMS : % théorique	/ /
Le patient a-t-il un antécédent de pneumothorax ?				/ /
Le patient est-il atteint de diabète, ou a-t-il une intolérance au glucose ou une hyperglycémie modérée à jeun ?			Précisez	/ /
Le patient est-il atteint d'insuffisance pancréatique exocrine ?				/ /

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 ?			Si oui, veuillez préciser le nombre d'heures par jour :	Depuis quand : / /
Le patient bénéficie-t-il d'une corticothérapie systémique ?			Nom du traitement : Durée du traitement :	A quelle date : / /
Le patient bénéficie-t-il d'une ventilation ?			Si oui : invasive 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 :			Burkholderia cepacia ? Une Mycobactérie atypique ? 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) :			Un électrocardiogramme ? Si oui, préciser : date, résultat :	/ /
			Une imagerie thoracique ? Si oui, préciser : date, résultat :	/ /
			D'autres examens ? Si oui, lesquels ? Préciser les résultats :	/ /
Le patient a-t-il subi des interventions chirurgicales ?			Si oui, lesquelles ?	/ /

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.

Veuillez 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

