

Questionnaire 2-I

Atteinte neurologique



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

Présence :

Déficit neurologique initial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lequel ? : <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
			Localisation : <input type="text"/>	
			<input type="checkbox"/> Unilatérale <input type="checkbox"/> Bilatérale	
Déficit neurologique actuel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lequel ? : <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
			Localisation : <input type="text"/>	
			<input type="checkbox"/> Unilatérale <input type="checkbox"/> Bilatérale	

Veillez préciser de plus, en cas de :

Sclérose en plaques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Forme rémittente
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Forme progressive
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Forme secondairement progressive
Maladie de Parkinson	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tremblement généralisé
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rigidité importante : <input type="text"/>
Accident vasculaire cérébral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Plus d'un épisode
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Récupération en moins de 24 H
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hémorragie cérébrale
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Etiologie connue, laquelle : <input type="text"/>

Evolution :

Récupération sans séquelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rémission	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nombre de poussées : <input type="text"/>
			Depuis : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Date de la dernière : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Déficit neurologique étendu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Personne autonome adaptée à son handicap éventuel

Echelle de KURTZKE (cochez la case correspondante)

1 2 3 4 5 6 7 8 9

1 : Pas de handicap, symptomatologie mineure
 2 : Handicap mineur d'une fonction
 3 : Handicap moyen d'une fonction ou léger sur plusieurs
 4 : Rayon d'autonomie 500 m.
 5 : Rayon d'autonomie 300 m.

6 : A besoin d'une canne pour une marche de 100 m.
 7 : 12 h au fauteuil, marche 5m. avec une canne
 8 : Grabataire sans tierce personne
 9 : Grabataire

NOM et Prénom :

NON OUI

Commentaires

Dates

Traitement médical :

Dopamine

Anticholinergique

Corticothérapie Posologie : Interrompu depuis : / /

Anticoagulant

Anticomitial

Immunodépresseur Interrompu depuis : / /

Interféron β

Autre Préciser : / /

Traitement chirurgical
(Joindre une copie des comptes rendus opératoire et histologique)
Lequel ? : / /
Résultat :

Rééducation dans un centre spécialisé Date de sortie : / /

Complications :

Dépression

Troubles de la conscience Lesquels ? :

Signes de démence

Vessie neurogène ou infection urinaire Lesquels ? :

Troubles respiratoires

Comitialité

Examens réalisés au cours des 6 derniers mois :

Examen chimique et microscopique des urines Normal Anormal*

Epreuves fonctionnelles respiratoires Normales Anormales*

Fond d'œil Normal Anormal*

Dosage de la créatinine plasmatique Normal Anormal*

Autre Lequel ? :

Arrêt de travail Durée : Nombre d'arrêts :

Reprise des activités à temps complet / /

Taille : cm Poids : kg Pouls :

Tension artérielle : / Date : / / Traitée :


IMPORTANT : 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 ou sous pli confidentiel à :
Cbp France - Service Prévoyance CS 20008 - 44967 NANTES CEDEX 9

Fait à :

Le : / /

Signature du médecin traitant



MetLife Europe d.a.c. Société de droit irlandais, constituée sous la forme de « Designated Activity Company », immatriculée en Irlande sous le numéro 415123. Succursale pour la France 5 place de la Pyramide, 92800 Puteaux. 799 036 710 RCS Nanterre. MetLife Europe Insurance d.a.c. Société de droit irlandais, constituée sous la forme de « Designated Activity Company », immatriculée en Irlande sous le numéro 472350. Succursale pour la France 5 place de la Pyramide, 92800 Puteaux. 798 956 314 RCS Nanterre. Siège social de MetLife Europe d.a.c. et MetLife Europe Insurance d.a.c. : 20 on Hatch, lower Hatch Street, Dublin 2, Irlande. MetLife Europe d.a.c. et MetLife Europe Insurance d.a.c. (agissant toutes deux sous le nom commercial MetLife) sont réglementées par la Central Bank of Ireland.