

# 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"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Anticholinergique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Corticothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Posologie : <input type="text"/>	Interrompu depuis : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Anticoagulant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Anticomitial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Immunodépresseur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Interrompu depuis : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Interféron $\beta$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Préciser : <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

**Traitement chirurgical**  
*(Joindre une copie des comptes rendus opératoire et histologique)*

Lequel ? :  /  /   
Résultat :

**Rééducation dans un centre spécialisé**

Date de sortie :  /  /

**Complications :**

Dépression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Troubles de la conscience	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquels ? : <input type="text"/>	
Signes de démence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Vessie neurogène ou infection urinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquels ? : <input type="text"/>	
Troubles respiratoires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Comitialité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

**Examens réalisés au cours des 6 derniers mois :**

Examen chimique et microscopique des urines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Anormal*
Epreuves fonctionnelles respiratoires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Normales	<input type="checkbox"/> Anormales*
Fond d'œil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Anormal*
Dosage de la créatinine plasmatique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Anormal*
Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lequel ? : <input type="text"/>	

**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](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