

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	Lequel ? :		/	/
	Localisation :			
			Unilatérale	Bilatérale
Déficit neurologique actuel	Lequel ? :		/	/
	Localisation :			
			Unilatérale	Bilatérale

Veillez préciser de plus, en cas de :

Sclérose en plaques	Forme rémittente
	Forme progressive
	Forme secondairement progressive
Maladie de Parkinson	Tremblement généralisé
	Rigidité importante :
Accident vasculaire cérébral	Plus d'un épisode
	Récupération en moins de 24 H
	Hémorragie cérébrale
	Etiologie connue, laquelle :

Evolution :

Récupération sans séquelle	
Rémission	Depuis : / /
	Nombre de poussées : Date de la dernière : / /
Déficit neurologique étendu	

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.

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