

Questionnaire T

Atteintes urinaires et prostatiques



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
Maladie glomérulaire (la communication du compte rendu histolo-gique de la biopsie rénale est indispensable)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Depuis : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Présence :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nombre d'épisodes : <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Veillez préciser de plus, en cas de :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Maladie des membranes basales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Glomérulonéphrite à lésions minimales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Glomérulonéphrite proliférative focale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Glomérulonéphrite extra membraneuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Glomérulonéphrite proliférative mésangiale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Glomérulonéphrite à croissants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	% des glomérules atteints : <input type="text"/> %	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Glomérulonéphrite membrano-proliférative	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Glomérulonéphrite mésangio-capillaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Glomérulonéphrite inclassifiable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Glomérulonéphrite extra-capillaire diffuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Glomérulonéphrite segmentaire focale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Syndrome de Goodpasture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Néphrosclérose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Hypertensive <input type="checkbox"/> Maligne <input type="checkbox"/> Sénile	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Atteinte rénale (autre que maladie glomérulaire)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Anomalie congénitale de l'appareil urinaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Laquelle ? : <input type="text"/> Complications : <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Anomalie rénale interstitielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Laquelle ? : <input type="text"/> Cause : <input type="text"/> Nombre d'épisodes : <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Insuffisance rénale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Aigue <input type="checkbox"/> Guérison <input type="checkbox"/> Chronique <input type="checkbox"/> Dialyse envisagée <input type="checkbox"/> Transplantation rénale envisagée	Date de l'épisode : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Sténose de l'artère rénale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cause : <input type="text"/> Complications : <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Hydronéphrose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Unilatérale <input type="checkbox"/> Bilatérale Cause : <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

NOM et Prénom :

NON OUI **Commentaires** **Dates**

Anomalie prostatique

Hyperplasie de la prostate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Intervention Laquelle ? : <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Atteinte rénale Laquelle ? : <input type="text"/>	Date : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

Lithiase prostatique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nombre d'épisodes : <input type="text"/>	Date du dernier épisode : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
-----------------------------	--------------------------	--------------------------	--	--

Prostatite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Chronique	Date de l'épisode : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Aigue	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Guérison	

Traitement

Corticothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mg / jour
------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------------

Anti-hypertenseur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Le(s)quel(s) ? : <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	---------------------------------------	--

Chirurgical <i>(fournir une copie des comptes rendus hospitalier, opératoire et histologique)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Type d'intervention : <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Résultat : <input type="text"/>	

Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lequel ? : <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
---------------	--------------------------	--------------------------	---------------------------------	--

Résultats des examens réalisés au cours des 12 derniers mois

Résultats

Analyse des urines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Protéines	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mg / l	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Glucose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mg / dl	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Hématies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> / cfg	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Leucocytes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> / cfg	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Créatininémie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mg / dl	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Clairance de la créatinine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mg / min	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
PSA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> mg / ml	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Pourcentage du PSA libre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> %	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Urographie intraveineuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Résultat* : <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Echographie rénale et/ou prostatique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Résultat* : <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Tomodensitométrie pelvienne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Résultat* : <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

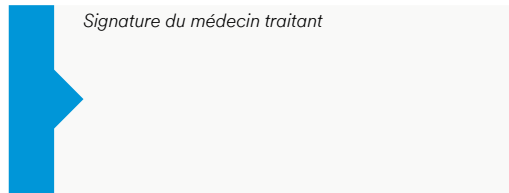
Taille : <input type="text"/> cm	Poids : <input type="text"/> kg	Pouls : <input type="text"/>
Tension artérielle : <input type="text"/> / <input type="text"/>	Date : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	Traitée : <input type="checkbox"/>

IMPORTANT : La communication du compte rendu 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.