

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

NOM et Prénom :

	NON	OUI	Commentaires	Dates
<b>Anomalie prostatique</b>				
Hyperplasie de la prostate	Intervention			/ /
	Laquelle ? :		Date :	/ /
Lithiase prostatique	Atteinte rénale			/ /
	Laquelle ? :			
Prostatite	Nombre d'épisodes :			/ /
	Date du dernier épisode :			/ /
Prostatite	Chronique			
	Aigüe			
Prostatite	Guérison			
	Date de l'épisode :			/ /
<b>Traitement</b>				
Corticothérapie			mg / jour	
Anti-hypertenseur	Le(s)quel(s) ? :			/ /
Chirurgical <i>(fournir une copie des comptes rendus hospitalier, opératoire et histologique)</i>	Type d'intervention :			
	Résultat :			/ /
Autres	Lequel ? :			/ /
<b>Résultats des examens réalisés au cours des 12 derniers mois</b>			<b>Résultats</b>	
Analyse des urines				
	Protéines		mg / l	/ /
	Glucose		mg / dl	/ /
	Hématies		/ cfg	/ /
	Leucocytes		/ cfg	/ /
Créatininémie				
			mg / dl	/ /
Clairance de la créatinine				
			mg / min	/ /
PSA				
			mg / ml	/ /
Pourcentage du PSA libre				
			%	/ /
Urographie intraveineuse		Résultat* :		/ /
Echographie rénale et/ou prostatique		Résultat* :		/ /
Tomodensitométrie pelvienne		Résultat* :		/ /
Taille :	cm	Poids :	kg	Pouls :
Tension artérielle :	/ /	Date :	/ /	Traitée :

**IMPORTANT : La communication du compte rendu 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

