

Questionnaire H

Troubles du psychisme



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 : / /

Nature des troubles

NON OUI

Commentaires

Dates

Troubles anxieux :

Nature des troubles :

Dépression

Episodes maniaques et dépressifs

Troubles de l'humeur :

Nature et importance des troubles :

Troubles de la personnalité et du comportement :

Nature des troubles :

Schizophrénie

Forme :

Délire ou hallucination

Troubles de l'humeur

Troubles de l'alimentation

Anorexie

Boulimie

Evolution pondérale

Troubles mentaux organiques

Nature des troubles :

Origine :

Retard mental

QI :

Manifestations :

Episode unique

Date de guérison : / /

Episodes multiples

Nombre d'épisode(s) :

Dates des épisodes

Durée

Troubles permanents

Nature des troubles actuels :

Evolution :

Amélioration des troubles

Préciser :

Depuis : / /

Détérioration des troubles

Préciser :

Depuis : / /

Stabilisation des troubles

Facteurs déclenchants :

Depuis : / /

Tentative(s) de suicide :

Nombre :

Dernière le : / /

Nature de l'acte :

Motivation toujours présente :

NOM et Prénom :						
Nature des troubles	NON OUI		Commentaires		Dates	
Abus d'alcool		Actuel	Antérieur	Arrêt depuis :	/	/
Toxicomanie		Actuel	Antérieur	Arrêt depuis :	/	/
		Quelle(s) drogue(s) :			/	/
Comportement violent ou à risque		Problème lié à la conduite de véhicule		Jeu compulsif		
		Comportement criminel		Usage d'armes à feu		
				Dernier épisode le :	/	/
Antécédent familial de :						
Trouble mental						
Suicide						
Traitement et suivi :						
Patient suivi par :						
		Généraliste	Psychiatre	Psychologue		
Hospitalisation(s)						
		Nombre :				
		Date(s) :				
		Durée(s) :				
		Motif(s) :				
Traitement actuel :						
		Nom(s)		Posologie	Depuis	
		Anxiolytiques				
		Antidépresseurs				
		Tranquillisants				
		Lithium				
		Neuroleptiques				
		Autre				
		Sismothérapie				
Bonne observance du traitement actuel						
Traitement antérieur						
		Préciser lequel :			/	/
		Motif du changement :				
Activités :						
Arrêt de travail						
		Nombre :				
		Durée(s) :				
		Date(s) :				
Reprise des activités normales						
				Depuis :	/	/
Une mise en invalidité est-elle envisagée ?						
		Préciser :			/	/
Toutes autres précisions sur l'état neuropsychique actuel :						
		Préciser :				
Taille :						
		cm	Poids :	kg	Pouls :	
Tension artérielle :						
	/		Date :	/	/	Traitée :

Veillez 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 : / /	