

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 :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nature des troubles : <input type="text"/>	
			<input type="checkbox"/> Dépression <input type="checkbox"/> Episodes maniaques et dépressifs	
Troubles de l'humeur :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nature et importance des troubles : <input type="text"/>	
			<input type="text"/>	
Troubles de la personnalité et du comportement :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nature des troubles : <input type="text"/>	
			<input type="text"/>	
Schizophrénie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Forme : <input type="text"/>	
			<input type="checkbox"/> Délire ou hallucination <input type="checkbox"/> Troubles de l'humeur	
Troubles de l'alimentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Anorexie <input type="checkbox"/> Boulimie <input type="checkbox"/> Evolution pondérale	
Troubles mentaux organiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nature des troubles : <input type="text"/>	
			<input type="text"/>	
			Origine : <input type="text"/>	
Retard mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	QI : <input type="text"/>	
Manifestations :				
Episode unique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Date de guérison : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Episodes multiples	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nombre d'épisode(s) : <input type="text"/>	
			Dates des épisodes	Durée
			<input type="text"/>	<input type="text"/>
Troubles permanents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nature des troubles actuels : <input type="text"/>	
Evolution :				
Amélioration des troubles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Préciser : <input type="text"/>	Depuis : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Détérioration des troubles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Préciser : <input type="text"/>	Depuis : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Stabilisation des troubles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Facteurs déclenchants : <input type="text"/>	Depuis : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Tentative(s) de suicide :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nombre : <input type="text"/>	Dernière le : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
			Nature de l'acte : <input type="text"/>	<input type="text"/>
Motivation toujours présente :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

NOM et Prénom :

Nature des troubles	NON	OUI	Commentaires		Dates
Abus d'alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Actuel	<input type="checkbox"/> Antérieur	Arrêt depuis : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Toxicomanie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Actuel	<input type="checkbox"/> Antérieur	Arrêt depuis : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
			Quelle(s) drogue(s) : <input type="text"/>		
Comportement violent ou à risque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Problème lié à la conduite de véhicule	<input type="checkbox"/> Jeu compulsif	
			<input type="checkbox"/> Comportement criminel	<input type="checkbox"/> Usage d'armes à feu	Dernier épisode le : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

Antécédent familial de :

Trouble mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
Suicide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Antidépresseurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tranquillisants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lithium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Neuroleptiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
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 :

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.