

Questionnaire Transplantation cardiaque



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

Profession actuelle :

Temps plein

Temps partiel

Profession antérieure

Nature : _____

Date du début : ____ / ____ / ____

Date de fin : ____ / ____ / ____

Pension invalidité : (Photocopie l'intitulé)

Civil

Date d'attribution : _____

Militaire

Date : ____ / ____ / ____

Tierce personne

Antécédents ou maladies associées

(En particulier, transfusion(s) antérieure(s), nombre et cause)

Affection :

Congénitale ou héréditaire

Date de diagnostic : ____ / ____ / ____

Traumatique

Acquise

Si oui, de quelle origine : _____

Traitements : Médicaux

Lesquels : _____

Date de début : ____ / ____ / ____

Chirurgicaux :

Transplantation(s)

(Joindre une copie des comptes rendus hospitaliers, opératoires et histologiques)

Si oui, précisez : _____

Date(s) : ____ / ____ / ____

Age du donneur : _____

Parenté du donneur : _____

Origine du greffon : _____

Prévue

Pratiquée(s)

1^{ère} transplantation

2^{ème} transplantation

Rejet de la transplantation

Autres

Si oui, précisez : _____

Avez-vous ou avez-vous eu des complications ?

Digestives

Neurologiques

Métaboliques

Autres : _____

NOM et Prénom :

Avez-vous fait :	NON	OUI	Motifs	Durée	Dates
Des séjours en milieu hospitalier ou assimilé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Voyez vous régulièrement votre médecin traitant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, à quelle fréquence ? : <input type="text"/>	Date de la dernière consultation :	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

	NON	OUI	Commentaires	Dates
Antécédents d'arrêt de travail supérieur à 3 semaines consécutives ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Motifs : <input type="text"/>	
Arrêt de travail en cours ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Motifs : <input type="text"/>	

Examens réalisés au cours des 12 derniers mois (fournir une copie des résultats)

Epreuve d'effort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pourcentage de FMT atteint : <input type="text"/> % <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Anormale* *Préciser <input type="text"/>	Date : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Fraction d'éjection ventriculaire gauche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ≥ 50 <input type="checkbox"/> de 49 à 45 <input type="checkbox"/> de 44 à 40 <input type="checkbox"/> de 39 à 35 <input type="checkbox"/> ≤ 34 <input type="checkbox"/> Méthode utilisée : <input type="text"/>	Date : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Echocardiographie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Anormale* *Préciser <input type="text"/>	Date : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
E.C.G.de repos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Anormale* *Préciser <input type="text"/>	Date : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Scintigraphie au Thallium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Anormale*	
Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	

Examens réalisés au cours des 6 derniers mois :

Hérédité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère	
Tabac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fumeur actuel <input type="checkbox"/> Ancien fumeur Consommation <input type="text"/> /jour	Date d'arrêt : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Cholestérol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Total <input type="text"/> HDL <input type="text"/>	
Diabète sucré	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Stress	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Préciser <input type="text"/>	
Hypertension artérielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Traitement : <input type="text"/>	

Taille : cm Poids : kg Pouls :

Tension artérielle : / Date : / / Traitée :

IMPORTANT : Joindre une copie des bilans pré- et post-opératoires ainsi que du dernier bilan complet récent de surveillance cardiologique SURVEILLANCE CARDIOLOGIQUE.

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

