

# Questionnaire 1E Tumeurs



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>Traitement :</b>							
Circonstances de découverte						/	/
Localisation et taille de la tumeur (en mm.)						/	/
Atteinte ganglionnaire			Loco-régionale	A distance			
			Rupture capsulaire				
			Siège :				
Métastase(s)			Siège :				
Diagnostic final anatomopathologique*							
Classification (TNM, FIGO, etc)							
Grade (SBR sein, Dukes, BRESLOW, etc)							
<b>Traitement :</b>							
Chirurgie* <i>Joindre une copie des comptes rendus opératoire et histologique.</i>			Laquelle ? :				
			Dans un but :	Diagnostique	Curatif	Palliatif	/ /
			Résultat :				
Radiothérapie			Préopératoire	Curative	Palliative		/ /
			Durée :				
Chimiothérapie			Préopératoire	Adjuvante	Curative		/ /
			Protocole :				
			Nombre de cycles :				
			Durée :				
Hormonothérapie			Laquelle ?				
			dans un but :	Préventif	Curatif		/ /
			Posologie :				
			Durée :				
Autre traitement			Lequel :				
			But :				/ /
			Durée :				

NOM et Prénom :							
		NON	OUI	Commentaires		Dates	
<b>Abus d'alcool</b>							
Rémission complète				Depuis :	/	/	
Récidive(s)		Nombre :		Constatée le :	/	/	
Séquelles ( <i>γ</i> compris thérapeutiques)		Lesquelles ? :					
<b>Résultat du dernier bilan de surveillance</b>							
<i>(&lt; 1 an, joindre une copie des résultats) :</i>				Dernier contrôle le :	/	/	
Scanner		Nombre :					
Examen radiologique		Lequel ? :			/	/	
		Résultat :					
Endoscopie		Laquelle ? :			/	/	
		Résultat :					
Echographie		Laquelle ? :			/	/	
		Résultat :					
Marqueurs tumoraux		Lesquels ? :			/	/	
		Résultat :					
		Lesquels ? :					
Autres examens		Résultat :			/	/	
<b>Arrêt de travail :</b>				Durée :	/	/	
				A temps partiel :	/	/	
Reprise du travail				Depuis :	/	/	
				A temps complet depuis :	/	/	
Taille :		cm	Poids :	kg	Pouls :		
Tension artérielle :	/		Date :	/	/	Traitée :	

**IMPORTANT : La communication des comptes rendus histologiques et opératoires ainsi que du dernier bilan de suivi oncologique est indispensable.**

**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 : / /

Signature du médecin traitant