

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

Traitement :

Circonstances de découverte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Localisation et taille de la tumeur (en mm.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Atteinte ganglionnaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Loco-régionale <input type="checkbox"/> A distance	<input type="text"/>
			<input type="checkbox"/> Rupture capsulaire	
Métastase(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Siège : <input type="text"/>	<input type="text"/>
Diagnostic final anatomo-pathologique*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	
Classification (TNM, FIGO, etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	
Grade (SBR sein, Dukes, BRESLOW, etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Traitement :

Chirurgie* <i>Joindre une copie des comptes rendus opératoire et histologique.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Laquelle ? : <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
			Dans un but : <input type="checkbox"/> Diagnostique <input type="checkbox"/> Curatif <input type="checkbox"/> Palliatif	
			Résultat : <input type="text"/>	
Radiothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Préopératoire <input type="checkbox"/> Curative <input type="checkbox"/> Palliative	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Chimiothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Préopératoire <input type="checkbox"/> Adjuvante <input type="checkbox"/> Curative	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
			Protocole : <input type="text"/>	
			Nombre de cycles : <input type="text"/>	
			Durée : <input type="text"/>	
Hormonothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Laquelle ? <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
			dans un but : <input type="checkbox"/> Préventif <input type="checkbox"/> Curatif	
			Posologie : <input type="text"/>	
Autre traitement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lequel : <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
			But : <input type="text"/>	
			Durée : <input type="text"/>	

NOM et Prénom :

	NON	OUI	Commentaires	Dates
Abus d'alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Rémission complète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Depuis : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Récidive(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nombre : <input type="text"/> Constatée le : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	
Séquelles (y compris thérapeutiques)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquelles ? : <input type="text"/>	
Résultat du dernier bilan de surveillance (< 1 an, joindre une copie des résultats) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Dernier contrôle le : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Scanner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nombre : <input type="text"/>	
Examen radiologique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lequel ? : <input type="text"/> Résultat : <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Endoscopie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Laquelle ? : <input type="text"/> Résultat : <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Echographie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Laquelle ? : <input type="text"/> Résultat : <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Marqueurs tumoraux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquels ? : <input type="text"/> Résultat : <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Autres examens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquels ? : <input type="text"/> <input type="text"/> Résultat : <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Arrêt de travail :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Durée : <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Reprise du travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> A temps partiel : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
				Depuis : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
				<input type="checkbox"/> A temps complet depuis : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>

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.

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.