

Rapport médical Cardiovasculaire (RMC)



Le médecin est prié de répondre à toutes les questions, de commenter les éventuelles anomalies constatées, et de signer le présent examen.
REMARQUE : le médecin examinateur est prié de vérifier l'identité du proposant et de reporter le n° de sa pièce d'identité.

À remplir à l'encre noire.

1	NOM et Prénom de la personne à assurer :	
	Pièce d'identité N °	N° de police :

Antécédents déclarés

2	
---	--

NON OUI

Si OUI, merci de préciser impérativement :

Interrogatoire

		Commentaires
3	a) Existe-t-il : des douleurs précordiales suspectes ? des œdèmes ? une cyanose ?	
	b) Y a-t-il eu : une crise d'OAP ? des signes de claudication intermittente ?	

Auscultation

	a) Les bruits du coeur sont-ils anormaux ?		
4	b) Existe-t-il : un souffle ? au niveau du coeur ? au niveau des gros troncs artériels ?	Systolique Précisez : Origine :	Diastolique
	c) Ce souffle est-il organique ?		

Tension artérielle

5	a) Précisez les chiffres :	1 ^{ère} mesure	/	/mn Hg
	b) En fin d'examen veuillez effectuer une deuxième mesure	2 ^{ème} mesure	/	/mn Hg

Rythme

	a) Pouls au repos ?	Fréquence du pouls :	/mn
	b) Pouls après 10 flexions profondes des genoux ?	Fréquence du pouls :	/mn
6	c) La récupération est-elle anormalement longue ?		
	d) Y a-t-il arythmie ?		
	e) Y a-t-il des extrasystoles ?	Nombre par minute :	/mn

Nota

7	Le pouls des artères radiales et pédieuses est-il impalpable ou affaibli ?	
	Le pouls des artères radiales et pédieuses est-il impalpable ou affaibli ?	

NOM et Prénom de la personne à assurer :

Examen électrocardiographique

ECG effectué le :	/	/					
Rythme :	Nature ?			Fréquence ?	/mn		
Onde P :	Durée ?	/mn	Axe ?			Dimension ?	/mm
Intervalle PR :	Durée ?	/mn					
Complexe QRS :	Durée ?	/mn	Axe ?	Forme ?		Dimension ?	/mm
8 Segment ST :							
Onde T :							
Intervalle QT :							
Existe-t-il :	Une onde Q pathologique ?						
	Un bloc de branche ?			Nature ?			
	Des troubles de la conduction auriculo-ventriculaire ?						

Nota

9	Existe-t-il un enregistrement pouvant servir de point de comparaison ?
	Résultat d'une éventuelle scopie, échographie ?

Interprétation clinique ou électrocardiographique

10	Anomalies relevées ?
	Signification ?
	Valeur pronostique ?

Traitements

11	• Chirurgical :			
	date :	/	/	Motif ?
	type d'intervention :			
	• Eventuelle 2 ^{ème} intervention :			
	date :	/	/	Motif ?
	type d'intervention :			
	• Médical :			
	Initial :			Actuel :

Toutes autres remarques éventuelles

IMPORTANT : la société invite le médecin à s'abstenir, à l'égard de la personne à assurer ou de l'intermédiaire, de toute remarque qui pourrait faire préjuger de la décision de l'assureur.

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

Cachet du médecin-examineur