

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

	NON	OUI	Commentaires
3 a) Existe-t-il : des douleurs précordiales suspectes ? des œdèmes ? une cyanose ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<div style="border: 1px solid black; height: 100px;"></div>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Y a-t-il eu : une crise d'OAP ? des signes de claudication intermittente ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Auscultation

4 a) Les bruits du coeur sont-ils anormaux ? b) Existe-t-il : un souffle ? au niveau du coeur ? au niveau des gros troncs artériels ? c) Ce souffle est-il organique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Systolique <input type="checkbox"/> Diastolique
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Précisez : <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Origine : <input type="text"/>

Tension artérielle

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

Rythme

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

Nota

7	Le pouls des artères radiales et pédieuses est-il impalpable ou affaibli ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
	Le pouls des artères radiales et pédieuses est-il impalpable ou affaibli ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

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.

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

Cachet du médecin-examineur