



QUESTIONNAIRE 15010 - FATIGUE / ANXIÉTÉ / STRESS / DÉPRESSION /  
TROUBLES DU PSYCHISME

Questionnaire à remplir par le médecin traitant et à retourner par l'assuré lui-même sous enveloppe secret médical à  
APRIL Santé Prévoyance, à l'attention du Médecin traitant, 114 boulevard Marius Vivier Merle 69439 LYON Cedex 03.

N° Adhérent : .....  M.  Mme.  Mlle.

NOM et PRENOM : .....

Date de naissance : ..... Dossier suivi par : Le service médical

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 médical.

Toutes les questions sont à compléter par oui ou par non et à préciser en cas de réponse positive.

<b>Diagnostic exact :</b>					
a. Insomnie	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui	i. Troubles de conversion	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui
b. Anxiété	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui	j. Episodes maniaques	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui
c. Attaque de panique	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui	k. Troubles bipolaires	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui
d. Phobies	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui	l. Troubles liés à un toxique	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui
e. Obsessions	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui	m. Bouffées délirantes	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui
f. Troubles obsessionnels compulsifs	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui	n. Schizophrénie	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui
g. Hystérie	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui	o. Psychose hallucinatoire	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui
h. Dépression	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui	p. Autre	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui
Type : .....	Si oui, lequel : .....				
Précisions (nature/importance) : .....					
.....					
.....					

<b>Facteur(s) déclenchant(s) :</b>	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui
Commentaire : .....	
.....	
.....	
Date : .....	

<b>Date d'apparition des premiers symptômes :</b>	.....
---	-------

<b>Date du diagnostic :</b>	.....
-----------------------------	-------

**QUESTIONNAIRE 15010 - FATIGUE / ANXIÉTÉ / STRESS / DÉPRESSION / TROUBLES DU PSYCHISME**

Nom : ..... Prénom : ..... N° Adhérent : .....

Evolution :	
Episode unique	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui
Récidive	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui Dates : ..... Nombre : .....
Aggravation continue	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui
Stabilisation	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui Depuis : ..... Précisions : .....
Tentative de suicide <i>(joindre les comptes rendus d'hospitalisation)</i>	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Unique <input type="radio"/> Récidive(s) Nombre : ..... Date(s) : ..... Moyen(s) utilisé(s) : .....
Idées suicidaires	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui Antérieures : <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui Actuelles : <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui Précisions : .....

Répercussions fonctionnelles :	
Arrêt de travail	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui Date(s)/Durée(s) : .....
Activités réduites	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui Mi-temps thérapeutique : <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui Conditions de travail : <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui
Invalidité <i>(joindre copie de la notification)</i>	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui Si oui, à quel taux ? ..... Quelle catégorie Sécurité Sociale ? .....
Situation juridique	- Tutelle : <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui - Curatelle : <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui - Sauvegarde de justice : <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui - Autre : .....

Troubles associés :	
Epilepsie	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui
Parkinson	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui
Déficit intellectuel	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui
Traumatisme crânien	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui
Autres	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui Précisions : .....

Facteurs de risques associés :	
Alcool	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui Consommation journalière : ..... Si arrêt, depuis quand : .....
Autres conduites addictives	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui Lesquelles : ..... Précisions : .....

**QUESTIONNAIRE 15010 - FATIGUE / ANXIÉTÉ / STRESS / DÉPRESSION /TROUBLES DU PSYCHISME**

Nom : ..... Prénom : ..... N° Adhérent : .....

<b>Traitement(s) suivi(s) :</b>	
Médicamenteux (nature/posologie journalière)	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui    Si oui : <input type="radio"/> Antidépresseurs <input type="radio"/> Electrochocs <input type="radio"/> Lithium au long cours <input type="radio"/> Tranquillisants <input type="radio"/> Neuroleptiques ou autres antipsychotiques
Toujours en cours ?	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui Si non, date d'arrêt du traitement : .....
Autres (psychothérapie/hôpital de jour...) : .....	
..... Fréquence des consultations : .....	

<b>Hospitalisations : (joindre les comptes-rendus)</b>	
Hospitalisation :	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui Date(s), durée, motif : ..... .....
Service réanimation :	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui Date(s), durée, motif : ..... .....

Quel est votre pronostic personnel et comment jugez-vous la coopération de votre patient(e) ? : .....

.....

.....

.....

Antécédent familial de trouble mental ou de suicide :  Non     Oui

Précision : .....

Taille : ..... Poids : ..... Tension artérielle : ..... /.....     Traitée     Non traitée

**IMPORTANT**  
 Une copie des examens spéciaux avec leurs comptes rendus doit être transmise afin de permettre au service médical de se prononcer en toute connaissance de cause.

Les honoraires du ou des questionnaires médicaux que vous venez de remplir sont remboursés sur la base :  
 ● d'une consultation (1c) pour un généraliste,  
 ● d'une consultation (1cs) pour un spécialiste.

Date :

Signature :  
 X

Cachet du médecin



Immeuble Aprilium  
 114 boulevard Marius Vivier Merle  
 69439 LYON Cedex 03  
 Fax 0478536518 - www.april.fr

S.A. au capital de 500 000 € - RCS Lyon 428 702 419  
 Intermédiaire en assurances - immatriculée à l'ORIAS sous le n°07 002 609 (www.oriass.fr)  
 Autorité de Contrôle Prudentiel - 61 rue Taitbout - 75436 Paris cedex 09.

**L'assurance n'est plus ce qu'elle était.**