



QMED

QUESTIONNAIRE
MÉDICAL

QUESTIONNAIRE 15020 - MENINGITE

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.

Diagnostic :
.....
Date de découverte : Date de dernière consultation :

Type (virale, bactérienne, tuberculeuse)
Evolutions ?	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui Lesquels :
Complications (joindre comptes rendus IRM, scanner, etc.)	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui Lesquelles :
Date, nature et durée du traitement
Date et durée de l'arrêt de travail
Guérison	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui Si oui, date de la guérison :

QUESTIONNAIRE 15020 - MENINGITE

Nom : Prénom : N° Adhérent :

Nature des séquelles éventuelles
Le patient est-il en invalidité ?	<input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui Taux : Catégorie :
Indication des conclusions du bilan de sortie hospitalier. <i>(joindre compte rendu d'hospitalisation)</i> Si une sérologie HIV a été pratiquée, quel en a été le résultat ?
Pronostic

Remarques éventuelles (autres traitements, autres affections) :

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