

Civilité	<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme
NOM	.....
Prénom	.....
Date de naissance	.....
N° Adhésion	.....

Questionnaire confidentiel à remplir par le médecin traitant et à retourner par l'assuré lui-même depuis son espace personnel sécurisé ou par courrier portant la mention « Confidentiel » à l'adresse : **Maestro Emprunteur - à l'attention du Médecin Conseil, 38 rue La Condamine 75017 Paris.**

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.

Merci de cocher les cases correspondantes et de fournir tout commentaire ou date en regard des réponses affirmatives lorsque cela est requis.

QUESTIONNAIRE MÉDICAL : POLYARTHrites / SPONDYLARTHrites / RHUMATISMES

Diagnostic	.....
Date de découverte / /
Date de dernière consultation / /
Date de guérison éventuelle / /
Nature des symptômes	.....
Retentissement professionnel ?	Préciser :

CARACTÉRISTIQUES

Questions	Commentaires et précisions	
Localisation des atteintes	<input type="checkbox"/> Articulations membres supérieurs <input type="checkbox"/> Articulations membres inférieurs <input type="checkbox"/> Rachis <input type="checkbox"/> Hanche <input type="checkbox"/> Autre	Préciser : Préciser : Préciser : Préciser : Préciser :
Type d'évolution	<input type="checkbox"/> Épisode unique <input type="checkbox"/> Plus d'un épisode <input type="checkbox"/> Maladie chronique <input type="checkbox"/> Maladie toujours évolutive <input type="checkbox"/> Maladie inactive	Date : / / Nombre d'épisodes : Date dernier épisode : / / Préciser : Depuis : / /
Description des symptômes	<input type="checkbox"/> Gêne fonctionnelle <input type="checkbox"/> Douleurs <input type="checkbox"/> Raideur ou ankylose <input type="checkbox"/> Déformation <input type="checkbox"/> Localisation extra-articulaires <input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/> Minimale <input type="checkbox"/> Modérée <input type="checkbox"/> Marquée <input type="checkbox"/> Intermittentes <input type="checkbox"/> Permanentes <input type="checkbox"/> Minimale <input type="checkbox"/> Modérée <input type="checkbox"/> Marquée Lesquelles : Lesquelles : Préciser :

TRAITEMENTS

Question	Oui	Non	Dates	
Anti-inflammatoire non stéroïdiens ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depuis : / /	Fin éventuelle : / /
Sulfasalazine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depuis : / /	Fin éventuelle : / /
Agents anti-TNF ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depuis : / /	Fin éventuelle : / /
Corticothérapie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depuis : / /	Fin éventuelle : / /

Civilité	<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme
NOM	.....
Prénom	.....
Date de naissance	.....
N° Adhésion	.....

Question	Oui	Non	Dates	
Immunosuppresseurs ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depuis : / /	Fin éventuelle : / /
Anti-rhumatismaux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depuis : / /	Fin éventuelle : / /
Antidépresseurs ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depuis : / /	Fin éventuelle : / /
Sels d'or ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depuis : / /	Fin éventuelle : / /
Autre, préciser :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Depuis : / /	Fin éventuelle : / /

CHIRURGIE ET HOSPITALISATION

Question	Oui	Non	Commentaires et précisions
Traitement chirurgical ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lequel ? : Date : / /
Intervention chirurgicale envisagée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Laquelle ? : Date envisagée : / /
Infiltration ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nombre ? Date de la dernière : / /
Hospitalisation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pourquoi ? : Début : / / Fin : / /

EXAMENS REALISÉS (joindre la copie des résultats)

Type d'examen	Oui	Non	Date	Résultat
Bilan sanguin				
Facteur rhumatoïde ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / /
Vitesse de sédimentation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / /
Protéine C réactive ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / /
HLA B27 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / /
Autre, préciser :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / /
Imagerie médicale				
Radiographie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / /
IRM ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / /
Scanner ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / /
Autre, préciser :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / /

REPERCUSSIONS FONCTIONNELLES

Questions	Oui	Non	Commentaires et précisions
Arrêt(s) de travail ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nombre d'arrêts : Durée la plus longue : Date de début du dernier arrêt : / / Date de reprise (le cas échéant) : / / <u>Reprise</u> : <input type="checkbox"/> temps plein <input type="checkbox"/> temps partiel thérapeutique
Invalidité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Taux : % Catégorie sécurité sociale : Depuis : / /
Aide à la marche nécessaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Type d'appareil utilisé : Fréquence d'utilisation :

Le présent document est valable sur la convention N°33157

Quatrem SA au capital de 510 426 261 € - Entreprise régie par le code des assurances - Siège social : 21 rue Laffitte, 75009 Paris - 412 367 724 RCS Paris Société du groupe Malakoff Humanis et soumise à l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 4 place de Budapest - CS 92459 -

