

## AFFECTION VASCULAIRE CEREBRALE

( A remplir par le Médecin traitant )

Nom: ..... Prénom: ..... Date de naissance : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Veillez écrire en majuscules

Activité professionnelle actuelle : .....

Poids (kg) : ..... Taille (cm) : ..... Tension artérielle : ..... / ..... Traitée Oui Non

Quel est le diagnostic définitif :

Accident vasculaire cérébral / Infarctus cérébral

Accident ischémique transitoire

Anévrisme cérébral

Hémorragie intracérébrale

Hémorragie intracrânienne

Hémorragie sous-arachnoïdienne

Hématome sous-dural

Hématome épidural

Malformation artério-veineuse / Angiome / Cavernome

Autre : .....

Une cause ou une affection sous-jacente a-t-elle été retrouvée ou était-elle connue : Oui Non

Si oui, veuillez donner des détails :

.....

Y a-t-il eu coma : Oui Non

Si oui, durée :

.....

Une trépanation a-t-elle été nécessaire : Oui Non

Quelles sont les séquelles neurologiques actuelles :

.....

Pronostic à moyen et long terme :

- Incapacité de travail temporaire (*préciser la durée*) :

. Totale ? .....

. Partielle ? .....

- Invalidité définitive / Incapacité permanente (*préciser le taux*) :

. Totale ? .....

. Partielle ? .....

Facteurs de risques actuels et affections ou complications associées :

- Hypertension artérielle ..... Oui Non
- Hyperlipidémie ..... Oui Non
- Diabète insulino-dépendant / non insulino-dépendant ..... Oui Non
- Obésité ..... Oui Non
- Tabagisme (*si oui, précisez la consommation journalière*) ..... Oui Non
- Cardiopathie ischémique ..... Oui Non
- Fibrillation auriculaire..... Oui Non
- Maladie vasculaire périphérique ..... Oui Non
- Néphropathie ..... Oui Non
- Valvulopathie / cardiomyopathie ..... Oui Non
- Epilepsie ..... Oui Non
- Migraines ..... Oui Non
- Autres ..... Oui Non

- Si oui, précisez : .....

Traitement en cours (nature et posologie) :

.....

Autres affections non reprises ci-dessus (*Date, nature et séquelles éventuelles*) :

.....

Autres observations concernant l'état de santé de votre patient(e) :

.....

**Veillez joindre tout document en votre possession, en particulier, compte rendu d'hospitalisation ou d'opération, ECG, analyses de sang, etc.**

Certificat rédigé à la demande de la personne à assurer et remis en main propre pour faire valoir ce que de droit.

Fait à \_\_\_\_\_ , le \_\_\_\_\_

**Cachet et signature  
du Médecin Traitant**