

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 : MALADIE CARDIAQUE ISCHÉMIQUE

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

CARACTÉRISTIQUES

Questions	Oui	Non	Date ?	Commentaires et précisions
Douleurs thoraciques ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / /	Les douleurs se déclenchent principalement : <input type="checkbox"/> au repos <input type="checkbox"/> à l'effort modéré <input type="checkbox"/> à l'effort intense Fréquence des douleurs :
Angine de poitrine ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / /	<input type="checkbox"/> Stable <input type="checkbox"/> Instable
Maladie coronarienne ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / /	<input type="checkbox"/> Sans infarctus du myocarde <input type="checkbox"/> Avec infarctus du myocarde
Infarctus du myocarde ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / /	Épisode : <input type="checkbox"/> Unique <input type="checkbox"/> Multiples, nombre : Localisation(s) : <input type="checkbox"/> Postérieur <input type="checkbox"/> Antérieur <input type="checkbox"/> Antéro-latérale <input type="checkbox"/> Antéro-septale <input type="checkbox"/> Antérieur étendu <input type="checkbox"/> Indéterminé
Complications ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / /	<input type="checkbox"/> Troubles du rythme <input type="checkbox"/> Troubles de la conduction <input type="checkbox"/> Anévrisme <input type="checkbox"/> Valvulopathie <input type="checkbox"/> Angor post infarctus <input type="checkbox"/> Autre, préciser :
Cardiomégalie, hypertrophie ou dilatation cardiaque ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / /	<input type="checkbox"/> Légère <input type="checkbox"/> Modérée <input type="checkbox"/> Marquée <input type="checkbox"/> Sévère

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

TRAITEMENTS

Questions	Oui	Non	Date ?	Commentaires et précisions
Traitements chirurgicaux				
Angioplastie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / /	Résultat :
Pontage ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / /	<input type="checkbox"/> Greffon veineux <input type="checkbox"/> Greffon artériel
Pose de stent ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / /	Stent actif ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Nombre de stent :
Thrombolyse ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / /	Résultat :
Autre, préciser :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / /	Résultat :
Traitements médicamenteux				
Dérivés nitrés ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / /	Traitement en cours ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si non Motif : Fin le : / /
Bêta-bloquants ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / /	Traitement en cours ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si non Motif : Fin le : / /
Anti-coagulants ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / /	Traitement en cours ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si non Motif : Fin le : / /
Anti-agrégant plaquettaires ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / /	Traitement en cours ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si non Motif : Fin le : / /
Inhibiteur de l'enzyme de conversion ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / /	Traitement en cours ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si non Motif : Fin le : / /
Hypolipidémiants ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / /	Traitement en cours ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si non Motif : Fin le : / /
Autre, préciser :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / /	Traitement en cours ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si non Motif : Fin le : / /

EXAMENS REALISÉS (joindre la copie des résultats)

Type d'examen	Oui	Non	Date	Résultat
ECG de repos ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / /	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal
ECG d'effort ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / /	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal
Coronarographie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / /	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal
Échocardiographie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / /	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal
Radiographie du thorax ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / /	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal

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 -

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

Type d'examen	Oui	Non	Date	Résultat	
Échocardiographie de stress	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / /	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Anormal
Scintigraphie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / /	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Anormal
Autre, préciser :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> / /	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Anormal

REPERCUSSIONS FONCTIONNELLES

Questions	Oui	Non	Commentaires et précisions
Limitation de l'activité physique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NYHA Classe I <input type="checkbox"/> NYHA Classe II <input type="checkbox"/> NYHA Classe III <input type="checkbox"/> NYHA Classe IV
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) : / / Reprise : <input type="checkbox"/> temps plein <input type="checkbox"/> temps partiel thérapeutique
Invalidité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Taux : % Catégorie sécurité sociale : Depuis : / /

FACTEURS ADDITIONNELS

Questions	Oui	Non	Commentaires et précisions												
Pathologies associées															
Diabète ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Type 1 <input type="checkbox"/> Type 2 Date de diagnostic / /												
Hyperlipidémie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Date de diagnostic / /												
Hypertension artérielle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Date de diagnostic / /												
Maladie cérébrovasculaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diagnostic : Date de diagnostic / /												
Artériopathie périphérique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diagnostic : Date de diagnostic / /												
Autre pathologie :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diagnostic : Date de diagnostic / /												
Habitudes de vie															
Fumeur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="0"> <tr> <td><u>Préciser :</u></td> <td><u>Consommation :</u></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> cigarettes,</td> <td>..... / jour</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> cigarette électronique</td> <td>..... / jour</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> cigares</td> <td>..... / jour</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> pipe</td> <td>..... / jour</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> autre, préciser :</td> <td>..... / jour</td> </tr> </table>	<u>Préciser :</u>	<u>Consommation :</u>	<input type="checkbox"/> cigarettes, / jour	<input type="checkbox"/> cigarette électronique / jour	<input type="checkbox"/> cigares / jour	<input type="checkbox"/> pipe / jour	<input type="checkbox"/> autre, préciser : / jour
<u>Préciser :</u>	<u>Consommation :</u>														
<input type="checkbox"/> cigarettes, / jour														
<input type="checkbox"/> cigarette électronique / jour														
<input type="checkbox"/> cigares / jour														
<input type="checkbox"/> pipe / jour														
<input type="checkbox"/> autre, préciser : / jour														
Ancien fumeur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Date d'arrêt : / /												
N'a jamais fumé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>													
Pratique d'un sport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lequel ?												

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

Conformément à l'article L113-8 du Code des assurances, toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraîne la nullité de l'assurance, et conformément à l'article L113-9 en cas d'omission ou de déclaration inexacte non intentionnelle, les prestations seront réduites (se reporter à la définition de ces articles sur la notice d'information).

Les données à caractère personnel concernant l'assuré sont collectées et traitées par le Gestionnaire, l'Assureur, les Réassureurs et leurs prestataires. Cette collecte et ce traitement sont effectués dans le respect de la réglementation applicable à la protection des données. Celles-ci sont effectuées sous la seule responsabilité du Médecin Conseil.

En application de la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 modifiée, vous disposez d'un droit de demander l'accès, la rectification ou l'effacement de vos données, et de décider du sort de celles-ci, post-mortem. Vous disposez également d'un droit de vous opposer au traitement pour des raisons tenant à votre situation particulière, de limiter le traitement dont vous faites l'objet et d'un droit à la portabilité des données personnelles dans les limites fixées par la loi. Ces droits peuvent être exercés auprès du Délégué à la protection des données soit par courrier à l'adresse suivante Digital Insure Services – Délégué à la protection des données – 38 rue La Condamine – 75017 Paris, soit par mail à dpo@digital-insure.fr ou en effectuant directement la demande depuis l'Espace Client en ligne.

En signant ce document, vous acceptez expressément que vos données de santé soient collectées et traitées par le Service Médical du délégataire (Digital Insure Services) et, le cas échéant, par celui du réassureur et soient transférées, le cas échéant, aux services habilités de Malakoff Humanis.

Document rédigé sur sa demande et remis en mains propres à l'intéressé pour servir et valoir ce que de droit.

Signature du médecin examinateur

Fait à :

Le :