

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 : POLYARTHRISES / SPONDYLARTHRISES / 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 :
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 :

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 :