

## QUESTIONNAIRE MALADIES INTESTINALES CHRONIQUES INFLAMMATOIRES

Le questionnaire maladie intestinale est à faire remplir par votre médecin traitant ou votre gastro-entérologue.

C'est un document qui est systématiquement demandé lorsque vous avez indiqué dans le questionnaire initial une pathologie du type :

- Maladie intestinale,
- Polypose,
- Diverticulite,
- **Recto-colite hémorragique,(RCH)**
- Colite inflammatoire,
- Reflux gastro œsophagien
- Colites,
- Maladie de Hirschsprung,
- **Maladie de Crohn**

Certaines assurances groupe de banque refusent la couverture ITT, des solutions pourront exister sur des assurances individuelles.

M. / Mme / Mlle

Nom et Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

**Diagnostic** (nature exacte de la lésion) :

.....  
.....

Date de découverte : \_\_\_\_\_ Date de dernière consultation : \_\_\_\_\_

**LOCALISATION :**

- Anus et/ou rectum :

- Côlon sigmoïde :

- Côlon transverse :

- Pancolite :

- Jonction iléocolique :

- Intestin grêle :

- Oeso-gastrique :

- Autre :

**Commentaires :**

.....

.....

Nombre de poussées : \_\_\_\_\_

Dates des poussées : \_\_\_\_\_ Dernière le : \_\_\_\_\_

Rémission depuis : \_\_\_\_\_

**TRAITEMENTS MÉDICAUX :**

Salazopyrine ou apparenté :

Posologie : \_\_\_\_\_ Interrompue : Oui/Non

Corticothérapie au long cours :

Lequel : \_\_\_\_\_ Interrompue : Oui/Non

Immunosuppresseur au long cours :

Lequel : \_\_\_\_\_ Interrompu : Oui/Non

Anti-TNF ou apparenté :

Durée : \_\_\_\_\_

Nutrition parentérale : Oui/Non

Autre : \_\_\_\_\_ Depuis : \_\_\_\_\_

### **HOSPITALISATION :**

Motif et durée :

.....

### **TRAITEMENT CHIRURGICAL :**

Passé : Oui / Non

Prévu : Oui / Non

Si oui, lequel :

.....

### **COMPLICATIONS :**

Fistule : Oui/Non

Mégacôlon toxique : Oui/Non

Perforation / fissure anale : Oui/Non

Anémie (Taux Hb) : \_\_\_\_\_

Perte de poids : \_\_\_\_\_ Kg

Atteintes extradiigestives : Oui/Non

### **EXAMENS (12 derniers mois) :**

- Endoscopie : Normal / Anormal

- Transit du grêle : Normal / Anormal

- Scanner : Normal / Anormal
- Vidéo capsule : Normal / Anormal
- VS : Normale / Anormale

Autres examens :

.....

**ARRÊTS DE TRAVAIL :**

Dates et durée :

.....

**INVALIDITÉ :**

Taux ou catégorie :

.....

**TABAGISME :**

Consommation quotidienne :

.....

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Remarques :

.....

Taille : \_\_\_\_\_ Poids : \_\_\_\_\_

Tension artérielle : \_\_\_ / \_\_\_ Traitée : Oui/Non

Autres traitements éventuels :

.....

Date : \_\_ / \_\_ / \_\_ Signature :

Depuis 2012, PHENIX COURTAGE, s'est spécialisé dans la recherche d'assurance emprunteur risque aggravé de santé.

En complément de la convention AERAS, nous pouvons vous aider à améliorer vos conditions d'assurance.

Une maladie déclarée à l'assurance emprunteur peut occasionner des surprimes, des exclusions ou encore des refus de garantie (incapacité, invalidité, IPT, ITT, IPP, MNO, ...).

Si la garantie d'invalidité spécifique AERAS existe, elle ne remplace pas pour autant les garanties obligatoires exigées par la banque.

Une assurance emprunteur est une couverture qui se doit d'être appréhendée de manière globale.

Pour faire appel à nos prestations de courtage :

- Mail : [contact@phenix-courtage.fr](mailto:contact@phenix-courtage.fr)
- Téléphone : 04 67 64 00 17
- Formulaire de contact site internet

Pour en savoir plus : [RCH, Maladie de Crohn, RGO : quelles conséquences sur l'assurance emprunteur ?](#)