

FORMALITÉS MÉDICALES - CRÉDIT CRD

UNE DÉMARCHE SIMPLIFIÉE

Des formalités médicales sont nécessaires pour étudier dans les meilleures conditions votre demande d'adhésion à votre (vos) contrat(s) d'assurance de prêt(s).

Celles-ci dépendent de votre âge (année en cours moins année de naissance) et des capitaux que vous souhaitez garantir selon la grille ci dessous. Ces niveaux de formalités médicales s'appliquent sur le montant total de capitaux Décès cumulés assurés, sur la tête d'une même personne.

• Généralités

Vous êtes invité à transmettre les formalités médicales sous enveloppe confidentielle à l'attention du Médecin Consultant de Sphéria Vie à l'adresse suivante : SPHERIA Vie - A l'attention du Médecin Consultant - 10 rue Emile Zola - BP 1423 - 45004 ORLEANS Cedex 1.

• Formalités

Pour faciliter vos démarches de formalités médicales et vous éviter toute avance de fonds, nous vous invitons à effectuer l'ensemble des examens dans un centre agréé par SPHÉRIA VIE.

Nous avons sélectionné trois partenaires. Vous voudrez bien prendre rendez-vous par téléphone avec l'un d'entre eux :

- CBSA (Centre de Bilans de Santé et d'Assurances) ► N°Azur 0 825 332 932 (coût appel local)
- CIVEM (Centre International de Visites et Expertises Médicales) ► N°Azur 0 810 12 12 12 (coût appel local)
- ARM (Analyse Risque Médical) ► N°Azur 0 810 72 50 00 (coût appel local) *SPH.spheriavie*

Le jour de votre rendez vous, merci de vous présenter à jeun et de vous munir des documents suivants :

- la présente lettre
- le rapport médical confidentiel qui vous a été remis par votre conseiller
- une pièce d'identité

Si vous effectuez vos examens médicaux dans l'un des trois centres sélectionnés par SPHÉRIA VIE, nous prenons en charge l'intégralité des frais médicaux occasionnés par les éventuels examens à conduire.

Si vous ne souhaitez pas utiliser l'un des trois réseaux précités, nous vous rappelons que la prise en charge des honoraires est limitée pour les examens cliniques et cardiovasculaires à 5C par acte et pour les examens de laboratoire aux frais réels.

Capitaux décès jusqu'à :	de 20 à 45 ans	de 46 à 55 ans	de 56 à 69 ans	de 70 à 74 ans
jusqu'à 75 000 €			QES	QES + RM + BIO
de 75 001 à 150 000 €	QMS	QES	QES + RM	QES + RM + BIO + ECG
de 150 001 à 250 000 €			QES + RM + BIO	
de 250 001 à 500 000 €	QES + RM + BIO + TN		QES + RM + BIO + TN	QES + RM + BIO + ECG + ECHO CARDIAQUE + ECBU + TN
de 500 001 à 1 000 000 €	QES + RM + BIO + TN	QES + RM + BIO + ECG + TN	QES + RM + BIO + ECG + ECBU + TN	
Au-delà de 1 000 000 €	L'étude tarifaire doit être traitée au cas par cas par la Sélection des Risques de SPHÉRIA Vie			

En complément des formalités prévues au tableau ci-dessus :

- Pour un capital à partir de :
 - 750 001 euros : rapport moral et financier

Lexique :

QMS : Questionnaire médical simplifié

QES : Questionnaire Etat de Santé

RM : Rapport médical à compléter par un médecin examinateur après examen clinique de l'assuré et avec examen d'urines sur bandelettes.

ECG : Compte rendu d'un examen cardio-vasculaire avec tracé d'ECG (de repos) établi par un cardiologue

ECBU : Examen cytotobactériologique des urines

TN : test de nicotine (pour les non-fumeurs)

BIO : Analyses biologiques (hémogramme, glycémie, cholestérol, cholestérol HDL, triglycérides, transaminases, gamma GT, test VIH, antigène HBS, sérologie de l'hépatite C, vitesse de sédimentation globale, uricémie, créatinine) + dosage PSA (pour les hommes de 56 ans et plus)

ECHO : Echocardiographie + compte rendu

CARDIAQUE

QUESTIONNAIRE MÉDICAL SIMPLIFIÉ (QMS)

à compléter par l'assuré lui-même

Nom / Prénom de l'adhérent (ou raison sociale de l'entreprise) :
Nom de l'assuré(e) : Prénom :
Nom de jeune fille : Date de naissance : Situation de famille :
Adresse :
Profession et activité précise exercée : N° SS :
Taille : Poids : Tension artérielle : Est-elle traitée ? NON OUI

- 1 Etes-vous actuellement en arrêt de travail ou suivez-vous un traitement (médical ou kinésithérapie) ? NON OUI
- 2 Suivez-vous ou avez-vous suivi un traitement médical pour une affection cancéreuse ? ou une hépatite ? NON OUI
- 3 Au cours des cinq dernières années, avez-vous subi :
- une hospitalisation ou une intervention chirurgicale pour maladie ou accident ?
(sauf appendicite, végétations, amygdales, vésicule, accouchement) NON OUI
 - un arrêt de travail de plus de 30 jours (sauf congé légal de maternité)? NON OUI
 - un traitement de plus de 3 semaines consécutives? NON OUI
 - des examens médicaux de laboratoire, cardiologiques ou d'imageries médicales (échographie, scanner, IRM, endoscopie, coloscopie...) dont les résultats se seraient révélés **anormaux** ? NON OUI
- 4 Bénéficiez-vous d'une prise en charge à 100% par la Sécurité Sociale pour une affection de longue durée ou une demande est-elle en cours ? NON OUI
- 5 Devez-vous prochainement :
- être hospitalisé même en hôpital de jour ? NON OUI
 - subir des examens médicaux de laboratoire ? cardiologiques ?
ou d'imageries médicales (échographie, scanner, IRM, endoscopie, coloscopie...) ? NON OUI
- 6 Etes-vous amené à séjourner **à titre professionnel** en dehors des pays de l'Union Européenne, de la Suisse, de l'Amérique du Nord, du Japon, de l'Australie et de la Nouvelle-Zélande? NON OUI

En cas de réponse positive à une au moins des questions ci-dessus, veuillez compléter et retourner sous pli confidentiel fermé à l'attention du médecin-consultant le formulaire "questionnaire état de santé"

Si adhésion à un produit, avec option «fumeur» / «non fumeur», répondre aux questions suivantes :

Fumez-vous ? NON OUI Si oui, nbre/jour : Depuis quand ?
Ancien fumeur ? NON OUI Si oui, date d'arrêt du tabac : Motif de l'arrêt :

Je certifie avoir répondu sincèrement aux questions précitées et n'avoir rien dissimulé. Toute inexactitude, omission, réticence ou fausse déclaration de l'assuré l'expose aux sanctions prévues par les articles L. 113-8 et L. 113-9 du Code des Assurances.

Fait à : le :

Signature de l'assuré(e)
(précédée de la mention «lu et approuvé»)

QUESTIONNAIRE "ÉTAT DE SANTÉ"

à compléter dans sa totalité, dater et signer par la personne à assurer

Nous attirons votre attention sur la nécessité de compléter dans sa totalité et avec le plus grand soin ce questionnaire. Il doit être répondu précisément sans rature ni surcharge. Les « traits tirés » et les mentions R.A.S., « néant » ou « ok » ne constituent pas une réponse. L'absence de réponse à au moins une question nous empêchera de statuer votre demande. **Nous vous conseillons de prendre seul le temps de la réflexion pour apporter des réponses précises aux questions posées. Pour assurer la confidentialité, vous pouvez transmettre ce questionnaire et les éventuelles pièces médicales dans l'enveloppe confidentielle qui vous a été remise, à l'attention du Médecin Consultant, ou par tous moyens de votre convenance.**

Le Médecin Consultant de l'assureur se réserve le droit de vous demander la communication de documents médicaux complémentaires. Vous pouvez accélérer l'étude de votre dossier en joignant à ce questionnaire tout document se rapportant à votre santé (bilans biologiques, sanguins, urinaires, radiologiques, cardiologiques, ordonnance, hospitalisation, opératoire, autres).

Vos déclarations sont valables 6 mois.

Nom et Prénoms (suivis s'il y a lieu du nom d'époux) :
 Date de naissance et nationalité :
 Domicile :
 Situation de famille :
 Profession (avec détail) :
 Sports pratiqués (y compris l'aviation) : Souhaitez-vous être garanti pendant la pratique de ce(s) sport(s) ? OUI NON
 Etes-vous amené à séjourner à titre professionnel en dehors des pays de l'Union Européenne, de la Suisse, de l'Amérique du Nord, du Japon, de l'Australie et de la Nouvelle Zélande ? OUI NON
 Souhaitez-vous être garanti pendant ces séjours ? OUI NON
 Consommation journalière de tabac (paquets) : Consommation journalière d'alcool (verres) :

Taille (cm) :	Poids (kg) :	<input type="checkbox"/> Droitier <input type="checkbox"/> Gaucher <input type="checkbox"/> Ambidextre	Répondre	En cas de réponse positive, donner toutes précisions utiles : A quelles dates ? Pour quelles raisons ? Natures et durées des traitements ? Conséquences et séquelles ?
Tension artérielle habituelle :		Est-elle traitée ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	OUI ou NON	
1/ Etes-vous actuellement en arrêt de travail ? Suivez-vous actuellement un traitement médical ou paramédical ou êtes-vous sous surveillance médicale ?			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
2/ Avez-vous ou avez-vous eu l'une des affections ou l'un des symptômes suivants : a) Maladies cardiaques, vasculaires, hypertension artérielle, respiratoires, rhumatismales, ostéo articulaires, psychiatriques (dont dépression), neurologiques, O.R.L., de la peau, diabète, élévation du cholestérol, métaboliques, endocriniennes, hépatiques, digestives, rénales, gynécologiques, urologiques ?			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
b) Tumeur, cancer, leucémie ou autre maladie du sang ?			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
c) Maladies infectieuses (bactériennes, parasitaires, virales) dont infection conséquence d'une immuno-déficience acquise (SIDA) ?			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
3/ a) Avez-vous été hospitalisé (même en hôpital de jour) et/ou opéré (sauf appendicite, végétations, amygdales, vésicule, accouchement) ?			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
b) Avez-vous été victime d'un accident ayant laissé des séquelles ?			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
c) Avez-vous eu dans les 5 dernières années, une maladie ou des troubles médicaux ayant nécessité des examens particuliers, un traitement médical, régime, autres ?			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
d) Avez-vous subi un traitement par rayons, cobalt, interféron, chimiothérapie ou immunothérapie ?			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
4/ a) Avez-vous été en arrêt de travail ou en traitement de plus de 3 semaines consécutives dans les 5 dernières années ?			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
b) Présentez-vous un handicap ou une infirmité congénital(e) ou non ?			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
c) Etes-vous ou avez-vous été bénéficiaire d'une prise en charge à 100 % pour affection de longue durée ou une demande est-elle en cours ?			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
d) d'une rente d'invalidité supérieure à 30 % ?			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
5/ a) Avez-vous subi un test de dépistage qui se soit révélé positif pour les sérologies VHB (hépatite B), VHC (hépatite C) et VIH (Virus de l'Immunodéficience Humaine) ?			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
b) Dans les 5 dernières années, avez-vous eu des examens dont les résultats auraient été anormaux (analyse de sang, des urines, électrocardiogramme, IRM, scanner, échographie, autres) ?			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
6/ Devez-vous être hospitalisé, opéré, traité, subir des examens médicaux ou attendez-vous des résultats d'examens ou bilan médicaux ?			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
7/ a) Avez-vous souscrit d'autres polices d'assurance de prévoyance ou de décès ?			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
b) Ces polices d'assurance ont-elles été refusées, ajournées, acceptées avec surprime, acceptées partiellement, acceptées avec exclusion médicale ?			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

Je certifie avoir répondu sincèrement aux questions précitées et n'avoir rien dissimulé. Toute inexactitude, omission, réticence ou fausse déclaration de l'assuré l'expose aux sanctions prévues par les articles L. 113-8 et L. 113-9 du Code des Assurances.

Signature de la personne demandant à être assurée,
précédée de la mention « Lu et approuvé »

Fait à le / /

RAPPORT MÉDICAL CONFIDENTIEL

AVIS IMPORTANT : L'organisme assureur fonde ses engagements sur la bonne foi des déclarations ci-après, présumées sincères et exactes. Toute fausse déclaration, toute réticence de nature à atténuer l'importance du risque entraîne la nullité de l'assurance.

Partie n°1 : ETAT DE SANTE

A remplir par la personne à assurer ou par le médecin examinateur si une visite médicale est exigée, dans les deux cas, la personne à assurer doit signer le questionnaire.

Prière de répondre lisiblement à toutes les questions, de cocher les cases correspondantes et de compléter les rubriques lorsqu'un commentaire est souhaité.

Nom et Prénoms (suivi s'il y a lieu du nom d'époux) :
 Date de naissance et nationalité :
 Domicile :
 Situation de famille :
 Profession (avec détail) : Actuelle : Antérieure :

	NON	OUI	COMMENTAIRES
1 a) Sports pratiqués (y compris l'aviation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquels ?
b) Avez-vous séjourné ou résidé à l'étranger (sauf Europe et Amérique du Nord) ou envisagez-vous de le faire au cours des 12 prochains mois :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Où ? Quand ? But ?

	NON	OUI	COMMENTAIRES
2 a) Consommez-vous des boissons alcoolisées ? - Quantité par jour ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vin <input type="checkbox"/>cl Bière <input type="checkbox"/>cl Apéritifs <input type="checkbox"/>cl Alcool <input type="checkbox"/>cl
b) Fumez-vous ? - Combien par jour ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cigarettes <input type="checkbox"/> Cigares <input type="checkbox"/> Pipes <input type="checkbox"/>
c) Faites-vous ou avez-vous fait usage de stupéfiants (drogues) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquels ? Jusqu'à quand ?
d) Taille : cm			Poids : kg
			Tension artérielle habituelle : /

	NON	OUI
3 Avez-vous ou avez-vous eu l'une des affections ou l'un des symptômes suivants :		
a) Tuberculose, paludisme, amibiase, maladies sexuellement transmissibles ou infection conséquence d'une immuno-déficience acquise (VIH) ou toute autre maladie infectieuse ou parasitaire ?	<input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>
b) Diabète, hypercholestérolémie, goutte, affection de la thyroïde (goitre) ou toute autre atteinte du système endocrinien ou de métabolisme ?	<input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>
c) Anémie, anomalie de la coagulation, de la moelle osseuse, leucémie ou toute autre maladie du sang ?	<input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>
d) Dépression, asthénie, anxiété, tentative de suicide, surmenage, stress, névrose, psychose ou toute autre atteinte psychiatrique ?	<input type="checkbox"/>	D <input type="checkbox"/>
e) Paralysie, accident vasculaire cérébral, épilepsie, sclérose en plaques, sciatique, ou toute autre atteinte du système nerveux ou des muscles ?	<input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>
f) Surdité, enrouement, troubles de la vue ou toute autre maladie de l'oreille, du nez, de la gorge ou de l'oeil ?	<input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
g) Malformation ou souffle cardiaque, œdème, douleur thoracique, palpitations, artérites, varices, hypertension artérielle, maladie coronarienne, infarctus du myocarde, trouble du rythme ou toute autre maladie de l'appareil cardio-vasculaire ?	<input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>
h) Bronchite chronique, allergie, asthme, emphysème, tuberculose ou toute autre maladie de l'appareil respiratoire ?	<input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
i) Hémorragie digestive, troubles de l'œsophage, de l'estomac, de l'intestin, du côlon, ou du rectum, affections du foie (hépatite, cirrhose), de la vésicule ou du pancréas, hernie ou toute autre maladie de l'appareil digestif, ou atteinte de l'abdomen ?	<input type="checkbox"/>	I <input type="checkbox"/>
j) Albuminurie, affections des reins, des voies urinaires (coliques néphrétiques, cystite), des organes génitaux ou toute autre maladie de l'appareil urogénital ?	<input type="checkbox"/>	J <input type="checkbox"/>
k) Psoriasis, allergie, kyste ou toute autre maladie de la peau ?	<input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>
l) Ostéoporose, lumbago, hernie discale, arthrose, douleurs dorsales ou toute autre maladie des os ou des articulations ?	<input type="checkbox"/>	L <input type="checkbox"/>
m) Perte de poids durant la dernière année ou toute autre maladie ou infirmité non citée plus haut ?	<input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>

4 a) Avez-vous été opéré ?	<input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/>
b) Avez-vous subi un traitement par substances radioactives, une chimiothérapie ou une transfusion sanguine ?	<input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>
c) Avez-vous été accidenté ?	<input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>

5

S'il a été répondu par oui à l'une des questions 3 ou 4, de quelle maladie ou opération, de quel accident s'agit-il ?

Quand/durée/date de guérison/séquelles/commentaires :

Si troubles de la vue, préciser degré, nature et correction :

6

NON OUI COMMENTAIRES

Vous a-t-on déclaré inapte au service militaire ? Quand ? Pourquoi ?

7

Pour les personnes du sexe féminin :

a) Grossesses antérieures Combien ?
Complications éventuelles :

b) Etes-vous enceinte ? De combien de mois ?

c) Prenez-vous un contraceptif ?

8

a) Suivez-vous un traitement médical ? Lequel ? Pourquoi ?

b) Recevez-vous des soins médicaux ? Lesquels ? Pourquoi ?

c) Avez-vous été au cours des 5 dernières années, traité pendant plus de 15 jours ? Quand ? Pourquoi ?

d) Avez-vous consulté un médecin au cours des 12 derniers mois ? Quand ? Pourquoi ?

e) Devez-vous être hospitalisé prochainement, ou subir une intervention chirurgicale ? Quand ? Motif ?

9

a) Vous a-t-on fait au cours des 5 dernières années :
- un électrocardiogramme ? Quand ? Résultat :

- une radiographie du thorax ? Quand ? Résultat :

- une analyse de sang ? Quand ? Résultat :

- un test de dépistage de la séropositivité ? Quand ? Résultat :

- une analyse des urines ? Quand ? Résultat :

b) Avez-vous été soumis à d'autres investigations (par exemple électroencéphalogramme, scanner, scintigraphie, artériographie ?) Quand ? Lesquelles :
Résultat :

10

a) Vous trouvez-vous en arrêt de travail ? Total Partiel Depuis :
Pourquoi ?

b) Avez-vous été, durant les 5 dernières années, incapable de travailler pendant plus de 15 jours ? Quand ? Durée :
Pourquoi ?

c) Etes-vous bénéficiaire d'une rente d'invalidité ? Motif :
Civile Militaire Depuis quand ? Taux :

11

Avez-vous autre chose à déclarer concernant votre état de santé ?

12

Quel est votre médecin habituel (nom, adresse) ?

13

a) Avez-vous souscrit d'autres polices d'assurance vie ? Auprès de quelle compagnie ?
Capitales ? Date ?

b) Ces polices d'assurance vie ont-elles été refusées, ajournées, supprimées ? Pourquoi ?

Je certifie avoir répondu sincèrement aux questions précitées et n'avoir rien dissimulé. J'autorise les médecins et les autres personnes interrogées par Sphéria Vie à donner confidentiellement à son service médical les renseignements demandés en relation avec le contrat d'assurance.

A Le

Signature de la personne à assurer :

Signature du médecin en cas de visite médicale :

Le médecin est prié de répondre à toutes les questions et de commenter les éventuelles anomalies constatées.

Remarque : le médecin examinateur est prié de vérifier l'identité du proposant.

NOM DE LA PERSONNE A ASSURER :

Type et N° de pièce d'identité :

14	NON	OUI	COMMENTAIRES
Avez-vous déjà soigné la personne à assurer ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quand ? Pourquoi ?

15 CONSTITUTION

a) Taille	cm (résultat de la mensuration)
b) Poids	kg (résultat de la pesée)
c) Périmètre du thorax	cm en inspiration..... cm en expiration..... cm
d) Circonférence de l'abdomen	cm

16 GENERALITES

a) Existe-t-il des anomalies congénitales et de la croissance ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquelles ?
b) Y a-t-il des difformités ou des malformations (thorax, colonne vertébrale, membres, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquelles ?

17 HABITUDES

a) Les occupations ou les habitudes de la personne à assurer peuvent-elles nuire à sa santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquelles ?
b) Y a-t-il des signes suggérant une consommation d'alcool excessive, des indices d'abus de tabac, de médicaments ou d'usage de stupéfiants ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquels ?

18 SYSTEME ENDOCRINIEN ET METABOLISME

Votre examen met-il en évidence une anomalie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Laquelle ?
--	--------------------------	--------------------------	------------------

19 PSYCHIATRIE

Y a-t-il des troubles du comportement ou des signes évoquant une affection psychosomatique ou psychiatrique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquels ?
---	--------------------------	--------------------------	------------------

20 SYSTEME NERVEUX ET MUSCLES

Constatez-vous une symptomatologie évocatrice d'une atteinte du système nerveux ou d'une myopathie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Laquelle ?
--	--------------------------	--------------------------	------------------

21 ORGANES SENSITIFS

a) Y a-t-il une affection de l'appareil auditif ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Laquelle ? D : G :
Y a-t-il une baisse de l'acuité auditive ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Degré ? D : G :
b) Y a-t-il une affection des yeux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Laquelle ?
Nécessite-t-elle une correction ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avant correction : OD OG
			Après correction : OD avec dioptries
			OG avec dioptries

22

APPAREIL CARDIO-VASCULAIRE

a) L'aire cardiaque est-elle agrandie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Importance ?
b) Troubles du rythme ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquels ?
c) Constatez-vous une anomalie des bruits du cœur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Intensité ?
d) Entendez-vous un souffle cardiaque ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Systolique <input type="checkbox"/> Diastolique Intensité :
			Où ?
			Comment se propage-t-il ? Irradiation ?
			Le souffle est-il organique ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
			Diagnostic :
e) Existe-t-il une anomalie du pouls radial, carotidien, fémoral, tibial postérieur, ou pédieux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Siège : <input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/> Gauche
			Cause : Importance :
f) Troubles du système veineux, œdème, troubles trophiques ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquels ? Importance :

23

TENSION ARTERIELLE

Systolique : Diastolique : Non traitée Traitée

Fréquence du pouls :/mn Depuis

- Si fréquence inférieur à 60, veuillez effectuer une prise du pouls à l'effort. Résultat :
- Si les chiffres de la pression artérielle sont supérieurs à 13,7/8,7 ou la fréquence du pouls supérieur à 90, veuillez effectuer un contrôle en fin d'examen, après repos.

Contrôle éventuel : Systolique : Diastolique : Pulsations :/mn

24

APPAREIL RESPIRATOIRE

a) Votre examen met-il en évidence une anomalie ? NON OUI COMMENTAIRES Laquelle ?
b) Examen radiologique : NON OUI COMMENTAIRES Résultat :

25

APPAREIL DIGESTIF

a) La langue, le pharynx et les amygdales ont-ils un aspect pathologique ? NON OUI COMMENTAIRES Lequel ?
b) La palpation de l'abdomen décèle-t-elle un état pathologique ? NON OUI COMMENTAIRES Lequel ?
c) Le foie est-il agrandi ? NON OUI COMMENTAIRES De combien de cm : Consistance :
d) La rate est-elle agrandie ? NON OUI COMMENTAIRES Palpable sur : cm Cause :
e) Y a-t-il une hernie, une éventration ? NON OUI COMMENTAIRES Siège : Bilatérale : NON OUI

26

APPAREIL UROGENITAL

a) Y a-t-il des indices d'une affection des organes génitaux ou des seins ? NON OUI COMMENTAIRES Lesquels ?
b) Examen de l'urine : albumine NON OUI COMMENTAIRES Dosages éventuels : g/l
(L'urine doit être émise chez le médecin) sucre NON OUI COMMENTAIRES Dosages éventuels : g/l
sang NON OUI COMMENTAIRES
pus NON OUI COMMENTAIRES
Autres substances anormales NON OUI COMMENTAIRES Lesquelles ?

27

LA PEAU

Constatez-vous une affection cutanée ou des phanères ? NON OUI COMMENTAIRES Laquelle ?

28

GANGLIONS LYMPHATIQUES

Existe-t-il une augmentation du volume des ganglions lymphatiques ? NON OUI COMMENTAIRES Siège ? Origine :

29

OS, ARTICULATIONS ET TISSU CONJONCTIF

Votre examen met-il en évidence un état pathologique ? NON OUI COMMENTAIRES Lequel ?

30

CONCLUSION

a) Estimez-vous que le pronostic vital de cette personne est altéré ? NON OUI COMMENTAIRES
b) Faites-vous des réserves sur les risques d'invalidité totale ou partielle ou d'incapacité de travail ? NON OUI COMMENTAIRES
c) Remarques spéciales et suggestions : NON OUI COMMENTAIRES

Important : L'assureur invite le médecin à s'abstenir, à l'égard de la personne, de toute remarque qui pourrait faire préjuger de la décision de l'assureur.

A Le

Signature et cachet du médecin examinateur :

NOTES D'HONORAIRES

(à ne pas détacher)

Nom et prénom(s) de la personne examinée :
Date de l'examen :
Nom et adresse du médecin (ou cachet) :
Montant des honoraires :