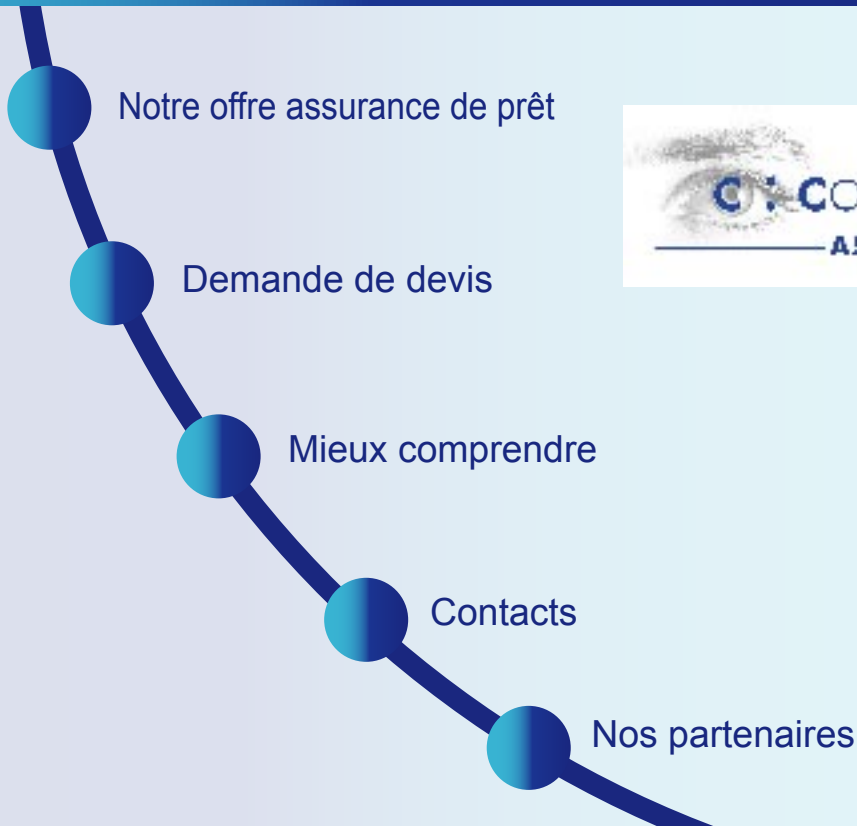


Réalisez jusqu'à 50 % d'économies sur l'assurance de votre prêt !



C : COURTAGE

Votre spécialiste en assurance de prêt



Rapport médical

Réf. : PAREO-RM

à transmettre au médecin conseil sous pli confidentiel au moyen de l'enveloppe remise par votre interlocuteur. Le médecin est prié de répondre à toutes les questions et de commenter les éventuelles anomalies constatées.

N° de proposition

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____

Adresse complète : _____ Dossier n° : _____

a) Avez-vous déjà soigné la personne à assurer ?.....	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	Quand ? _____ Pourquoi ? _____
b) Vous êtes-vous assuré de son identité ?	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> OUI	Comment ? _____

CONSTITUTION

a) Taille _____ cm (résultat de la mensuration) IMC _____

b) Poids _____ kg (résultat de la pesée)

c) Périmètre du thorax _____ cm en inspiration _____ cm en expiration

d) Circonférence de l'abdomen _____ cm morphotype : gynoïde androïde

e) Circonférence aux hanches _____ cm

GÉNÉRALITÉS

a) Anomalies congénitales ?..... NON OUI lesquelles ? _____

b) Morphotype ou malformations ?..... NON OUI lesquelles ? _____
(genu varum, valgum, cyphoscoliose...)

HABITUDES

a) Mode de vie néfaste à la santé ?..... NON OUI lesquelles ? _____

b) Signes suggérant un comportement addictif ?..... NON OUI lesquelles ? _____

SYSTÈME ENDOCRINIEN ET MÉTABOLISME

Anomalie éventuelle ?..... NON OUI laquelle ? _____

PSYCHIATRIE

Troubles du comportement ou signes évocateurs d'une affection psychiatrique ?..... NON OUI lesquels ? _____

SYSTÈME NERVEUX ET MUSCLES

Symptomatologie évocatrice d'une atteinte du système nerveux ou myopathie ?..... NON OUI laquelle ? _____

ORGANES SENSITIFS

a) Affection de l'appareil auditif ?..... NON OUI laquelle ? _____ D. G.

Baisse de l'acuité auditive ?..... NON OUI degré _____ D. _____ G. _____

b) Affection des yeux ?..... NON OUI laquelle ? _____

Nécessité d'une correction ?..... NON OUI avant correction : OD = _____ OG = _____

après correction : OD = _____ avec _____ dioptries
OG = _____ avec _____ dioptries

APPAREIL CARDIOVASCULAIRE

a) Aire cardiaque agrandie ?..... NON OUI importance _____

b) Troubles du rythme ?..... NON OUI lesquels ? _____

c) Bruits du cœur pathologiques ?..... NON OUI _____ intensité _____

d) Souffle cardiaque ?..... NON OUI systolique siège ? _____ intensité _____

diastolique siège ? _____ intensité _____

Irradiation ?..... _____

Organicité ?..... NON OUI diagnostic _____

e) Anomalie des pouls périphériques et carotidiens ?..... NON OUI siège _____

droit gauche cause _____ importance _____

f) Troubles du système veineux, œdème, troubles trophiques, varices ?..... NON OUI lesquels ? _____ importance _____



Rapport médical (suite)

N° de proposition

Réf. : PAREO-RM

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____

TENSION ARTÉRIELLE

systolique _____ diastolique _____ non traitée Traitement et date _____

Fréquence du pouls _____ /mn _____

- Si fréquence inférieure à 60, veuillez effectuer une prise du pouls à l'effort. _____

Résultat _____

- Si les chiffres tensionnels sont supérieurs à 15/9 ou la fréquence du pouls supérieure à 90, veuillez effectuer un contrôle en fin d'examen, après repos.

Contrôle éventuel : systolique _____ diastolique _____ pulsations _____ /mn

APPAREIL RESPIRATOIRE

a) Anomalie auscultatoire ? NON OUI laquelle ? _____

b) Peak flow ? NON OUI valeur _____

c) Examen radiologique ? NON OUI résultat _____

APPAREIL DIGESTIF

a) Pathologie du cavum ? NON OUI laquelle ? _____

b) Organomégalie ? NON OUI hépatomégalie _____

splénomégalie _____

de combien de cm ? _____ consistance _____

palpable sur _____ cm cause _____

c) Hernie, éventration ? NON OUI siège _____ bilatérale non oui

d) Un test de dépistage des cancers recto-coliques a-t-il été effectué ? NON OUI date _____ résultats _____

APPAREIL UROGÉNITAL

a) Examen de l'urine albumine NON OUI dosage éventuel _____ g/l _____

Autres substances anormales

(l'urine doit être émise chez le médecin) sucre NON OUI dosage éventuel _____ g/l _____

sang NON OUI _____

leucocytes NON OUI _____

b) Affection des organes génitaux ? NON OUI laquelle ? _____

c) Affection des seins ? NON OUI laquelle ? _____

PEAU

Affection cutanée ou des phanères ? NON OUI laquelle ? _____

ADÉNOPATHIES

..... NON OUI topographie _____

consistance _____

OS, ARTICULATION ET TISSU CONJONCTIF

Pathologie locomotrice ? NON OUI membre supérieur : arthrose autre (préciser) _____

membre inférieur : arthrose autre (préciser) _____

rachis : arthrose autre (préciser) _____

CONCLUSION

a) Estimez-vous que le pronostic vital de cette personne est altéré ? NON OUI _____

b) Faites-vous des réserves sur les risques d'invalidité totale ou partielle ou d'incapacité de travail ? NON OUI _____

c) Remarques spéciales et suggestions NON OUI _____

Les honoraires ont été acquittés par le proposant. Montant réglé _____

Les honoraires n'ont pas été réglés. Montant dû* _____

*en conformité avec les pratiques usuelles d'un maximum de 5C

Important : la Société invite le médecin à s'abstenir, à l'égard de la personne à assurer ou de l'agent d'assurance, de toute remarque qui pourrait faire préjuger de la décision de l'assureur.

A _____ le _____

Le médecin-examineur