



QUESTIONNAIRE MÉDICAL

HEPATITE VIRALE C

A compléter, dater et signer par le Médecin traitant et contresigner par la personne à assurer

Les informations recueillies par le biais de ce document sont nécessaires à l'étude du dossier de la personne à assurer, qui se fera dans le strict respect du secret médical.

Le questionnaire doit être complété en intégralité, daté, signé et renvoyé au Médecin Conseil de la Compagnie, par pli cacheté et confidentiel à l'adresse suivante : Médecin Conseil du Service Médical d'AFI ESCA, 4 square Dutilleul 59042 LILLE Cedex. Ce document peut également être envoyé par mail, à l'adresse sécurisée suivante : MU@afi-esca.com.

L'Assureur accorde une grande importance à la protection et à la sécurité des données sous sa responsabilité et a, à ce titre, déterminé sa politique relative à la protection des données personnelles accessible dans la notice mise en ligne sur son site internet : <https://www.afi-esca.com/informations/rgpd>.

L'Assureur s'engage, en sa qualité de Responsable de traitement, à se conformer à la législation afférente en vigueur, notamment la loi n°78-17 du 6 janvier 1978, dite « Informatique et Libertés », modifiée par la loi n°2018-493 du 20 juin 2018.

La personne à assurer peut, ainsi, accéder à ses données médicales, s'opposer à leur traitement, demander leur effacement, leur limitation ou leur portabilité pour des motifs légitimes en adressant un courrier, avec nom, prénom et date de naissance, accompagné d'un justificatif d'identité au Data Protection Officer de l'Assureur, par mail à l'adresse dpo@groupe-burrus.tech ou par courrier : Service Clients d'AFI ESCA, 4 square Dutilleul, 59042 Lille Cedex. La personne à assurer peut également rectifier ces informations auprès du Médecin Conseil en lui adressant un courrier avec nom, prénom et date de naissance, accompagné d'un justificatif d'identité.

INFORMATIONS SUR LA PERSONNE À ASSURER

M. Mme Nom : Prénom : Nom de naissance :
 Adresse :
 Né(e) le :

--	--	--	--	--	--	--	--

 à :

1

AFFECTION

Quand a eu lieu le premier épisode d'infection par le VHC ?

Y a-t-il eu un ou des épisodes postérieurs ? OUI NON

Si OUI, à quelle(s) date(s) ?

Quels ont été les résultats initiaux :

Du fibroscan ?

Du fibrotest ?

Du fibromètre ?

2

TRAITEMENT

La personne à assurer suit-elle ou a-t-elle suivi un traitement pour cette pathologie ? OUI NON

Si OUI, veuillez préciser :

Lequel ?

La date du début :

La date de fin :

3

PARAMETRES BIOLOGIQUES

Précisez les résultats des 3 derniers dosages de l'ARN viral C

ARN VIRAL C	DATES	RÉSULTATS
1 ^{er} dosage		
2 ^{ème} dosage		
3 ^{ème} dosage		

4

COMPLICATIONS

La personne à assurer présente-t-elle ou a-t-elle présenté des complications liées à l'affection ? OUI NON

Si OUI, lesquelles ?

Une cirrhose ? OUI NON Date de diagnostic :

Un carcinome hépato-cellulaire ? OUI NON Date de diagnostic :

D'autres complications ? OUI NON Lesquelles ?

Quand ?

Traitement(s) mis en place :

Existe-t-il une co-infection ? OUI NON

Si OUI, laquelle ?

Un VIH ? OUI NON Date de diagnostic :

Un VHB ? OUI NON Date de diagnostic :

Existe-t-il des manifestations extra-hépatiques de l'hépatite C ? OUI NON

Si OUI, lesquelles ?

Un lymphome ? OUI NON Date de diagnostic :

Une cryoglobulinémie mixte ? OUI NON Date de diagnostic :

Une vascularite systémique ? OUI NON Date de diagnostic :

Une glomérulonéphrite membrano-proliférative ? OUI NON Date de diagnostic :

Une neuropathie périphérique ? OUI NON Date de diagnostic :

Une polyarthrite inflammatoire ? OUI NON Date de diagnostic :

D'autres manifestations ? OUI NON Préciser :

La personne à assurer présente-t-elle des stigmates physiques ou biologiques d'imprégnation œnologique chronique ?

 OUI NON

Si OUI, veuillez préciser :

.....

Précisez les résultats de l'échographie hépatique réalisée au cours des 6 derniers mois :

Date :
 Résultats :

Précisez les résultats des paramètres biologiques suivants réalisés au cours des 6 derniers mois :

PARAMETRES BIOLOGIQUES	DATES	RÉSULTATS
ASAT		
ALAT		
GAMMA GT		
PLAQUETTES		
TAUX DE PROTHROMBINE		
ALBUMINEMIE		
ALPHA-FOETOPROTEINE		

IMPORTANT :

La communication des pièces médicales suivantes est indispensable pour l'appréciation de votre dossier :

- copie des derniers examens réalisés
 - copie de la dernière lettre de consultation de l'Hépatologue
- Ces pièces sont disponibles auprès de votre Médecin traitant.

Je soussigné(e),

- autorise expressément le Médecin Conseil d'AFI ESCA et celui des réassureurs de la compagnie à traiter les données renseignées dans le présent questionnaire, ainsi que celles communiquées dans tout document annexe transmis par mes soins (exemple : compte-rendu de consultation médicale, compte-rendu d'examen médical, etc...), dans le cadre de ma ou mes demandes d'assurance et dans la gestion de mon ou mes contrats d'assurance présent(els) ou à venir, dans le respect des dispositions légales et réglementaires applicables en matière de conservation et/ou d'utilisation des données.
- atteste avoir à ma disposition une enveloppe préimprimée « confidentiel » pour transmission de ce questionnaire et de mes documents médicaux sous pli cacheté au Médecin-Conseil du Service Médical d'AFI ESCA, 4 square Dutilleul 59042 Lille Cedex. Ce dernier pourra, après examen, si nécessaire, me demander des renseignements ou des documents médicaux complémentaires.
- m'engage à informer l'Assureur de toute modification de mon état de santé qui surviendrait avant la prise d'effet de mon contrat.

Fait à

Le

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Signature et cachet du Médecin

Signature de la personne à assurer