

QUESTIONNAIRE MÉDICAL

PATHOLOGIE CORONARIENNE

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 :
 Taille : cm Poids : kg

1

DIAGNOSTIC

Précisez le diagnostic :

 Indiquez la date de découverte :

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

2

LOCALISATION

Quelle(s) est/sont la/les localisation(s) de la pathologie ?

Le tronc commun coronaire gauche ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
L'artère interventriculaire antérieure (IVA) ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
L'artère circonflexe ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
L'artère coronaire droite ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

3

PRISE EN CHARGE

Comment la pathologie a-t-elle été prise en charge ?

Par traitement médical exclusif ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
<i>Si OUI, veuillez préciser :</i>		
.....		
Par angioplastie ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Monotronculaire ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Bitronculaire ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Tritronculaire ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Par pontage ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Via une procédure de revascularisation itérative ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

4

COMPLICATIONS IMMEDIATES

La personne à assurer a-t-elle présenté une ou des complications dans les suites précoces ou semi-précoces ? OUI NON

Si OUI, veuillez préciser lesquelles :

.....

5

SIGNES FONCTIONNELS

Présente-t-elle des signes fonctionnels actuellement ? OUI NON

Si OUI, veuillez préciser lesquels :

.....

.....

.....

6

STENOSE RESIDUELLE

Persiste-t-il une sténose $\geq 50\%$:

Du tronc commun coronaire gauche ? OUI NON

De l'artère interventriculaire antérieure (IVA) ? OUI NON

De l'artère circonflexe ? OUI NON

De l'artère coronaire droite ? OUI NON

7

SUIVI CARDIOLOGIQUE

Précisez les résultats des derniers examens réalisés :

EXAMEN	DATE	RÉSULTATS	
Epreuve d'effort		<input type="checkbox"/> Maximale positive <input type="checkbox"/> Sous-maximale positive	<input type="checkbox"/> Maximale négative <input type="checkbox"/> Sous-maximale négative
Echocardiographie		FEVG : %	

8

FACTEURS DE RISQUE

La personne à assurer est-elle :

Fumeuse ? OUI NON

Ex-fumeuse ? OUI NON

N'a jamais fumé ? OUI NON

Consommation journalière :

Arrêt depuis an(s)

Existe-t-il des facteurs de risques ? OUI NON

Si OUI, lesquels ?

Une dyslipidémie ? OUI NON

Un diabète ? OUI NON

Une hypertension ? OUI NON

Autre(s) ? OUI NON

Précisez :

Précisez :

Précisez :

Précisez :

Quel traitement la personne à assurer suit-elle à ce jour ?

.....

.....

.....

IMPORTANT :

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

- copie des comptes-rendus hospitaliers
- copie des derniers examens réalisés
- copie de la dernière lettre de consultation du cardiologue
- copie des comptes-rendus des consultations réalisées auprès d'autres spécialistes

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(e)s 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.

Signature et cachet du Médecin

Signature de la personne à assurer

Fait à

Le

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