

Rapport d'examen médical

du médecin examinateur

Le médecin examinateur est prié de répondre, après vérification de l'identité de la personne à assurer, à toutes les questions de manière claire, précise et lisible à l'aide d'un stylo à encre noire, de cocher les cases correspondantes et de commenter les éventuelles anomalies constatées. Ce document est à transmettre, par la personne à assurer, sous pli cacheté et confidentiel au Médecin Conseil du Service Médical d'AFI ESCA, 4 Square Dutilleul 59042 Lille Cedex.

Identité de la personne à assurer

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance :

Examen médical effectué le :

par le Docteur : _____

Questions ↓

Répondre par
Oui ou par Non ↓

Si Oui, veuillez donner toute précision
(motif, date, résultat, etc...) ↓

1	a) Avez-vous déjà soigné la personne à assurer ?	<input type="checkbox"/>	Dates : _____ Motif : _____
	b) Connaissez-vous la personne à assurer pour d'autres raisons ?	<input type="checkbox"/>	Lesquelles : _____
2	La personne à assurer est-elle actuellement sous surveillance ou en traitement médical ?	<input type="checkbox"/>	Lequel : _____ Depuis quand : _____ Motif : _____
3	Constitution : Taille : <input type="text"/> CM Poids : <input type="text"/> KG		
4	Généralités : a) Existe-t-il des anomalies congénitales et de la croissance ? b) Y a-t-il des malformations ou des signes de mutilation ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Lesquelles : _____ Lesquels : _____
5	Habitudes : a) La profession, les occupations ou les habitudes de la personne à assurer peuvent-elles nuire à sa santé ? 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"/>	Lesquelles : _____ _____ Lesquels : _____ _____
6	Système endocrinien : Votre examen met-il en évidence une anomalie ?	<input type="checkbox"/>	Laquelle : _____
7	Psychiatrie Y a-t-il des troubles du comportement ou des signes pouvant évoquer une affection psychiatrique ?	<input type="checkbox"/>	Lesquels : _____ _____
8	Système nerveux et muscles : Constatez-vous une symptomatologie évocatrice d'une atteinte du système nerveux ou d'une myopathie ?	<input type="checkbox"/>	Laquelle : _____
9	Os, articulations et tissu conjonctif : Votre examen met-il en évidence un état pathologique ?	<input type="checkbox"/>	Lequel : _____
10	Appareil auditif : a) Y a-t-il une affection de l'appareil auditif ? b) Y a-t-il une baisse de l'acuité auditive ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Laquelle : _____ <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G Degré : _____ <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G
11	Appareil oculaire : a) Y a-t-il une affection des yeux ? b) Y a-t-il une baisse de l'acuité visuelle ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Laquelle : _____ Acuité <u>sans</u> correction : OD _____ OG _____ Acuité <u>avec</u> correction : OD _____ OG _____ Dioptries : OD _____ OG _____
12	Appareil respiratoire : a) Existe-t-il des antécédents ? b) Votre examen met-il en évidence une anomalie ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Lesquels : _____ Laquelle : _____

Questions ↓

Répondre par
Oui ou par Non ↓

Si Oui, veuillez donner toute précision
(motif, date, résultat, etc...) ↓

Appareil cardiovasculaire :

- a) Existe-t-il des antécédents ?
- b) Existe-t-il un trouble du rythme ?
- c) Les bruits du cœur sont-ils anormaux ?
- d) Entendez-vous un souffle cardiaque ?
- e) Existe-t-il une anomalie d'un pouls périphérique ?
- f) Entendez-vous un souffle artériel périphérique ?
- g) Existe-t-il une pathologie veineuse ?

Lesquels : _____
 Lequel : _____
 Type : _____
 Systolique Intensité : _____
 Diastolique Intensité : _____
 Localisation(s) : _____
 Localisation(s) : _____
 Laquelle : _____ Importance : _____

Tension artérielle :

Systolique : _____ Diastolique : _____ Non traitée Traitée Fréquence du pouls : _____

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

Contrôle éventuel : Systolique : _____ Diastolique : _____ Fréquence du pouls : _____

Appareil digestif :

- a) L'examen de la cavité buccale révèle t-il une anomalie ?
- b) La palpation de l'abdomen décèle-t-elle un état pathologique ?
- c) Y a-t-il une hépatomégalie ?
- d) Y a-t-il une splénomégalie ?
- e) Y a-t-il une hernie, une éventration ?

Laquelle : _____
 Lequel : _____
 De combien de cm : _____ Consistance : _____
 Degré : _____ Consistance : _____
 De quelle nature : _____

Appareil urogénital :

- a) Existe-t-il une anomalie des organes génitaux ou des seins ?
- b) Examen de l'urine à réaliser sur bandelette (l'urine doit être émise chez le médecin)

Laquelle : _____

	Négatif	Traces	+	++	+++
Albumine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sucre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Interprétation : _____
 Autres substances anormales ? Oui Non Si Oui, lesquelles : _____
 Dosages : _____

Peau :

- Y a-t-il une affection cutanée, des phanères ou la présence de cicatrices ?

Laquelle : _____
 Localisation : _____

Ganglions lymphatiques :

- Y a-t-il une augmentation de volume des ganglions lymphatiques ?

Localisation : _____
 Cause : _____

Conclusion :

- a) L'état de santé de la personne à assurer amène t'il à faire des réserves sur sa longévité ?
- b) Faites-vous des réserves sur les risques d'invalidité totale ou partielle ou d'incapacité de travail ?
- c) Remarques spéciales et suggestions du médecin :

Lesquelles : _____

Lesquelles : _____

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

Le médecin examinateur atteste remettre, à la personne à assurer, ce présent rapport qui se chargera de le transmettre, sous pli cacheté et confidentiel au Médecin Conseil du Service Médical d'AFI ESCA, 4 Square Dutilleul 59042 Lille Cedex.

Fait à : _____
 Le : _____

**Cachet et signature
du médecin examinateur**

Signature de la personne à assurer