

# 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 ou des dossier(s) de la personne à assurer, qui se fera dans le strict respect du secret médical. Elles sont conservées pour la plus longue des durées nécessaires conformément aux dispositions légales et réglementaires applicables.

Le questionnaire doit être complété en intégralité, daté, signé manuscritement 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.

La personne à assurer peut, conformément à la loi n°78-17 du 6 janvier 1978, dite « Informatique et Libertés », modifiée par la loi n°2018-493 du 20 juin 2018, accéder à ses données médicales, s'opposer à leurs traitements, 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.

L'Assureur accorde une grande importance à la protection et 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>.

Afin que l'Assureur puisse se faire une appréciation totale du risque et dans l'hypothèse où le présent questionnaire ne permettrait pas au Médecin Traitant de délivrer une information complète, celui-ci est invité à développer ses réponses sur papier libre, dûment daté et signé en mentionnant les nom, prénom, date et lieu de naissance de la personne à assurer. La personne à assurer transmettra ces informations à l'Assureur.

### 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 ? .....

De l'examen histologique ? .....

La personne à assurer est-elle actuellement en arrêt de travail ou a-t-elle eu des arrêts de travail ?

OUI  NON Si OUI, veuillez préciser :

Date(s) : .....

Durée(s) : .....

Motif(s) : .....

Reprise à temps :  Partiel  Complet depuis le \_\_/\_\_/\_\_\_\_

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 : .....

Quelle a été la date d'obtention de la réponse virale soutenue ? .....

3

## PARAMETRES BIOLOGIQUES

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

ARN VIRAL C	DATES	RÉSULTATS
1 <sup>er</sup> dosage		
2 <sup>ème</sup> dosage		
3 <sup>ème</sup> dosage		

4

## COMPLICATIONS

Une rechute de l'infection par le VHC est-elle survenue ?  OUI  NON

Si OUI, à quelle date ?

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 ?

Par le VIH ?  OUI  NON Date de diagnostic : .....

En cas de réponse positive, merci de compléter le questionnaire « VIH »

Par le VHB ?  OUI  NON Date de diagnostic : .....

En cas de réponse positive, merci de compléter le questionnaire « Hépatite virale B »

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 résultats des testes initiaux réalisés (fibroscan, fibrotest, fibromètre) et/ou de tout examen histologique
- copie des derniers examens réalisés
- copie des deux dernières lettres de consultation du Gastro-Entérologue

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 demande(s) d'assurance et dans la gestion de mon ou mes contrat(s) d'assurance présent(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.

Vous pouvez retirer votre consentement aux traitements de vos données médicales renseignées dans le présent document, à tout moment pendant la vie de votre ou de vos contrat(s) et au terme de celui-ci ou de ceux-ci, en adressant un mail à l'adresse [dpo@groupe-burrus.tech](mailto:dpo@groupe-burrus.tech) ou par courrier : Service Clients d'AFI ESCA, 4 square Dutilleul, 59042 Lille Cedex.

Fait à .....

Le 

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

Signature et cachet du Médecin

Signature de la personne à assurer