

RAPPORT MEDICAL

NOM DE LA PERSONNE A ASSURER :

Le médecin est prié de répondre à toutes les questions et de commenter les éventuelles anomalies constatées.

Pièce d'identité n° :

Remarque : le médecin examinateur est prié de vérifier l'identité du proposant.

	NON	OUI	COMMENTAIRES		
1 Avez-vous déjà soigné la personne à assurer ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quand ?	Pourquoi ?	
2 CONSTITUTION					
a) Taille		 cm (résultat de la mensuration)		
b) Poids		 kg (résultat de la pesée)		
c) Périmètre du thorax		 cm en inspiration cm en expiration		
d) Circonférence de l'abdomen				
3 GENERALITES					
a) Existe-t-il des anomalies congénitales et de la croissance ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquelles ?		
b) Y a-t-il des difformités ou des malformations (thorax, colonne vertébrale, membres, etc.) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquelles ?		
4 HABITUDES					
a) Les occupations ou les habitudes de la personne à assurer peuvent-elles nuire à sa santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquelles ?		
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"/>	Lesquels ?		
5 SYSTEME ENDOCRINIEN ET METABOLISME					
Votre examen met-il en évidence une anomalie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Laquelle ?		
6 PSYCHIATRIE					
Y a-t-il des troubles du comportement ou des signes évoquer une affection psychiatrique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquels ?		
7 SYSTEME NERVEUX ET MUSCLES					
Constatez-vous une symptomatologie évocatrice d'une atteinte du système nerveux ou d'une myopathie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Laquelle ?		
8 ORGANES SENSITIFS					
a) y a-t-il une affection de l'appareil auditif ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Laquelle ?	D :	G :
y a-t-il une baisse de l'acuité auditive ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Degré ?	D :	G :
b) y a-t-il une affection des yeux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Laquelle ?		
Nécessite-t-elle une correction ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	avant correction:	OD	OG
			après correction :	OD	avec Dioptries
				OG	avec Dioptries
9 APPAREIL CARDIO-VASCULAIRE					
a) L'aire cardiaque est-elle agrandie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Importance ?		
b) Troubles du rythme ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquels ?		
c) Constatez-vous une anomalie des bruits du cœur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Intensité ?		
d) Entendez-vous un souffle cardiaque ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Systolique <input type="checkbox"/> Diastolique Intensité : ou ? Comment se propage-t-il ? Irradiation ? Le souffle est-il organique ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Diagnostic :		
e) Existe-t-il une anomalie du pouls radial, carotidien fémoral, tibial postérieur, ou pédieux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Siège :	<input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche	
			Cause :		Importance
f) Troubles du système veineux, œdème, troubles trophiques ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquels ?		Importance :

	NON	OUI	COMMENTAIRES
10 TENSION ARTERIELLE : Systolique : Fréquence du pouls - Si fréquence inférieure à 60, veuillez effectuer une prise du pouls à l'effort. Résultat : - Si les chiffres tensionnaires sont supérieurs à 13,7/8,7 ou la fréquence du pouls supérieur à 90, veuillez effectuer un contrôle en fin d'examen, après repos. Contrôle éventuel : Systolique Diastolique Pulsations /mn			non traitée <input type="checkbox"/> traitée <input type="checkbox"/>
11 APPAREIL RESPIRATOIRE a) Votre examen met-il en évidence une anomalie ? b) Examen radiologique	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Lequel ? Résultat :
12 APPAREIL DIGESTIF a) la langue, le pharynx et les amygdales ont-ils un aspect pathologique ? b) La palpation de l'abdomen décèle-t-elle un état pathologique ? c) Le foie est-il agrandi ? d) La rate est-elle agrandie ? e) Y a-t-il une hernie, une éventration ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Lequel ? Lequel ? De combien de cm consistance Palpable sur cm cause : Siège : Bilatérale : NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>
13 APPAREIL UROGENITAL a) Y a-t-il des indices d'une affections des organes génitaux ou des seins ? b) Examen de l'urine albumine autres substances anormales (l'urine doit être émise chez le médecin) sucre sang pus	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Lesquels ? dosages éventuels g/l dosages éventuels g/l
14 PEAU Y a-t-il une affection cutanée ou des phanères ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Laquelle :
15 GANGLIONS LYMPHATIQUES Y a-t-il une augmentation du volume des ganglions lymphatiques ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Siège ? Origine :
16 OS, ARTICULATIONS ET TISSU CONJONCTIF Votre examen met-il en évidence un état pathologique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lequel?
17 CONCLUSION a) Estimez-vous que le pronostic vital de cette personne est altéré ? b) Faites-vous des réserves sur les risques d'invalidité totale ou partielle ou d'incapacité de travail ? c) Remarques spéciales et suggestions :	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

A , le

SIGNATURE ET CACHET DU MEDECIN EXAMINATEUR