

19 APPAREIL UROGENITAL

L'examen clinique fait-il apparaître une anomalie urogénitale ? ☐ OUI ☐ NON laquelle ? _____

Existe-t-il une notion d'incontinence ? ☐ OUI ☐ NON motif ? _____ date d'apparition : _____

☐ uniquement à l'effort ☐ par impériosité

☐ par regorgement ☐ permanente

Existe-t-il une notion de pollakiurie nocturne ? ☐ OUI ☐ NON ☐ diurne ☐ diurne nocturne

En cas d'incontinence, l'assuré (e) utilise-t-il (elle) un moyen de suppléance ? ☐ OUI ☐ NON préciser : _____

Examen de l'urine (cocher en cas de présence) ☐ albumine ☐ sucre ☐ sang ☐ pus

20 APPAREIL CARDIOVASCULAIRE

Tension artérielle : systolique _____ diastolique _____ ☐ traitée depuis quand : _____ fréquence du pouls : _____ /mn

L'examen clinique met-il en évidence une anomalie ? _____ laquelle ? _____

Existe-t-il des troubles du système veineux : œdème, troubles trophiques, ... _____ lesquels ? _____

21 APPAREIL RESPIRATOIRE

L'examen clinique met-il en évidence une anomalie ? ☐ OUI ☐ NON laquelle ? _____

22 APPAREIL DIGESTIF

L'examen clinique met-il en évidence une anomalie ? ☐ OUI ☐ NON laquelle ? _____

L'état dentaire est-il correct ? ☐ OUI ☐ NON précisions : _____

L'assuré (e) porte-t-il (elle) un dentier ? ☐ OUI ☐ NON

L'état nutritionnel semble-t-il correct ? ☐ OUI ☐ NON précisions : _____

23 SYSTEME ENDOCRINIEN ET METABOLISME

L'examen clinique met-il en évidence une anomalie ? ☐ OUI ☐ NON laquelle ? _____

24 PEAU

Y a-t-il une affection cutanée ou des phanères ? ☐ OUI ☐ NON laquelle ? _____

25 GANGLIONS LYMPHATIQUES

Y a-t-il une augmentation de volume des ganglions lymphatiques ? ☐ OUI ☐ NON siège : _____ origine : _____

26 CONCLUSIONS

Faites-vous des réserves quant à une éventuelle perte d'autonomie ?

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

A _____ Date : _____

Le médecin-examineur

RAPPORT DU MÉDECIN-EXAMINATEUR

CONTRAT SWISS AUTONOMIE

(Cachet du médecin)

Déclaration de la personne à assurer :
Le médecin est prié d'inscrire lui-même les réponses, de cocher les cases correspondantes et de compléter les rubriques lorsqu'un commentaire est souhaité. Si les réponses ont été consignées antérieurement, le médecin est invité à les revoir avec la personne à examiner.
Ce rapport doit être transmis sous pli cacheté au service médical de la société d'assurances.

1

a) Nom et prénom (suivi s'il y a lieu du nom d'époux) :

b) Date de naissance et nationalité :

c) Domicile :

- depuis combien de temps habitez-vous à cette adresse ?

- habitez-vous ?

- votre immeuble est-il équipé d'un ascenseur ?

d) Situation de famille :

e) Vivez-vous ?

f) Profession :

Si vous êtes retraité (e), depuis quelle date ?

Avez-vous été mis (e) à la retraite anticipée pour cause de maladie ?

g) Activités sportives, culturelles, sociales :

☐

une maison individuelle

☐

un appartement, préciser l'étage

☐

une institution

☐

oui

☐

non

☐

marié(e)☐☐☐

☐

seul(e), depuis combien de temps ?☐

☐

avec un membre de votre famille☐

actuelle :

antérieure :

☐

oui☐

Si oui, préciser (diagnostic, date, traitement,...) :

	OUI	NON	Commentaires			
2 a) Consommez-vous des boissons alcoolisées ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<div><input type="checkbox"/> vin</div> <div>_____cl</div>	<div><input type="checkbox"/> bière</div> <div>_____cl</div>	<div><input type="checkbox"/> apéritif</div> <div>_____cl</div>	<div><input type="checkbox"/> alcool</div> <div>_____cl</div>
b) Fumez-vous ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<div><input type="checkbox"/> cigarettes</div> <div>_____</div>	<div><input type="checkbox"/> cigares</div> <div>_____</div>	<div><input type="checkbox"/> pipes</div> <div>_____</div>	

	OUI	NON	Commentaires	
3 Dans la liste suivante des activités quotidiennes êtes-vous capable SEUL(E) de :				
a) faire vos courses ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pourquoi ?	_____
b) utiliser des moyens de transport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pourquoi ?	_____
c) vous déplacer à l'extérieur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pourquoi ?	_____
d) préparer vos repas ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pourquoi ?	_____
e) tenir votre budget ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pourquoi ?	_____
f) faire votre ménage ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pourquoi ?	_____
g) vous déplacer chez vous ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pourquoi ?	_____
h) monter les escaliers ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pourquoi ?	_____
i) descendre les escaliers ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pourquoi ?	_____
j) vous lever du lit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pourquoi ?	_____
k) vous lever d'une chaise ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pourquoi ?	_____
l) vous mettre au lit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pourquoi ?	_____
m) prendre votre douche ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pourquoi ?	_____
n) faire votre toilette ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pourquoi ?	_____
o) aller aux toilettes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pourquoi ?	_____
p) vous habiller ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pourquoi ?	_____
q) vous déshabiller ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pourquoi ?	_____
r) défaire vos boutons ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pourquoi ?	_____
s) préparer et prendre vos médicaments ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pourquoi ?	_____
t) boire et manger ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pourquoi ?	_____

4	Avez-vous ou avez-vous eu une affection ou un symptôme suggérant :	OUI	NON
a)	une maladie infectieuse, parasitaire ou sexuellement transmissible (sida ou syndrome apparenté) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b)	une atteinte du système endocrinien ou du métabolisme ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c)	une maladie du sang ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d)	une atteinte psychiatrique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e)	une maladie du système nerveux ou des muscles (accident vasculaire cérébral, accident ischémique transitoire,...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f)	une maladie de l'oreille, du nez, de la gorge ou de l'œil ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g)	une maladie de l'appareil cardiovasculaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h)	une maladie de l'appareil respiratoire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i)	une maladie de l'appareil digestif ou une atteinte de l'abdomen ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j)	une maladie de l'appareil urogénital ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k)	une maladie de la peau ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l)	une maladie des os ou des articulations ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m)	une autre maladie ou infirmité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5	a) Avez-vous subi une intervention chirurgicale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b) Avez-vous subi un traitement par substances radioactives, une chimiothérapie ou une transfusion sanguine ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	c) Avez-vous été accidenté (e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En cas de traumatisme crânien, indiquez s'il y a eu coma ou perte de connaissance et sa durée.

S'il a été répondu par OUI à l'une des questions sous les chiffres 4 et 5, de quelle maladie ou opération, de quel accident s'agit-il ?	quand / durée / date de guérison / séquelles / commentaires
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>

6	Bénéficiez-vous ou avez-vous bénéficié :	OUI	NON	depuis quand ? motif ?
a)	d'une prise en charge à 100 % au titre de l'assurance maladie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/>
b)	d'une pension ou rente d'invalidité (préciser le taux)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/>
c)	de toute autre allocation pour raison de santé (Cotorep,...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/>
d)	ou une demande est-elle en cours ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/>

7	Pour les personnes de sexe féminin		
a)	A quel âge avez-vous été ménopausée ? Si complications éventuelles, lesquelles ?	<hr/>	
b)	Suivez-vous ou avez-vous suivi un traitement substitutif hormonal ? Si oui, indiquer lequel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c)	Vous a-t-on fait une densitométrie osseuse ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8	a) Suivez-vous ou avez-vous suivi un traitement depuis votre cinquantième anniversaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	quand ? <hr/> pourquoi ? <hr/> lequel ? <hr/>
	b) Recevez-vous des soins médicaux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	lesquels ? <hr/> pourquoi ? <hr/>
	c) Combien de fois par an consultez-vous votre généraliste ? Vos ou vos spécialistes (préciser la spécialité) ?		/an motif ? <hr/>/an motif ? <hr/>
	d) Devez-vous être hospitalisé(e) prochainement ou subir une intervention chirurgicale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	quand ? <hr/> motif ? <hr/>

9	Quels examens s'étant avérés anormaux avez-vous subis ?	les citer <hr/> date <hr/> résultat* <hr/>
----------	---	--

10	Avez-vous eu pendant votre activité professionnelle des arrêts de travail médicalement justifiés de plus de 30 jours consécutifs ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	à quel âge ? <hr/> durée ? <hr/> motif ? <hr/>
-----------	--	--------------------------	--------------------------	--

* Joindre si possible les résultats des comptes rendus d'exams

Je certifie avoir répondu sincèrement aux questions précitées et n'avoir rien dissimulé. J'autorise les médecins et les autres personnes interrogées par la Société à donner confidentiellement à son Service médical les renseignements demandés en relation avec le contrat d'assurance.

A _____ Date : _____
Signature de la personne à assurer

Pour attestation de l'exacte transcription de l'anamnèse
Signature du médecin-examineur

EXAMEN MEDICAL

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

OUI NON Commentaires

11 Avez-vous déjà soigné la personne à assurer ? ☐ ☐ quand ? _____ pourquoi ? _____

12 CONSTITUTION

a) Taille : _____ cm Poids : _____ kg (résultat de la pesée)
 b) Périmètre du thorax : _____ cm en inspiration _____ cm en expiration Périmètre abdominal : _____ cm
 c) Le poids a-t-il diminué au cours de la dernière année ? ☐ ☐ _____ kg cause ? _____

13 GENERALITES

a) L'apparence physique est-elle ? ☐ soignée ☐ correcte ☐ négligée
 b) Y a-t-il des difformités ou des malformations (thorax, colonne vertébrale, membres, etc.) ☐ ☐ lesquelles ? _____

14 HABITUDES

Y a-t-il des signes suggérant une consommation d'alcool excessive, des indices d'abus de tabac, de médicaments, y compris des substances psycho-actives ou d'automédication ? ☐ ☐ lesquels ? _____

15 PSYCHIATRIE

a) Y a-t-il des troubles du comportement ou des signes pouvant évoquer une affection psychiatrique ? ☐ ☐ lesquels ? _____

 b) Un diagnostic a-t-il été posé ? ☐ ☐ lequel ? _____
 c) Avez-vous pu effectuer le Mini Mental Test ? ☐ ☐ pourquoi ? _____
 Si oui, comment s'est déroulé cet examen ?
 (temps, compliance de l'assuré (e), impression générale) _____

16 SYSTEME NERVEUX ET MUSCLES

L'examen neuromusculaire est-il normal ? ☐ ☐ _____
 Si non, les signes évoqués mettent-ils en évidence une pathologie ou un éventuel diagnostic ? ☐ ☐ lequel ? _____

17 APPAREIL LOCOMOTEUR

L'examen de l'appareil locomoteur est-il normal ? ☐ ☐ _____
 Si non, indiquer sur le dessin ci-contre, à l'aide d'un rond la ou les manifestations cliniques et noter le degré de gravité sur le retentissement fonctionnel
 Degré de gravité
 Pas de difficulté : 0
 Difficulté : 1
 Impossibilité à : 2
 Précisions : _____



18 ORGANES SENSITIFS

a) Y a-t-il une affection de l'appareil auditif ☐ ☐ laquelle ? _____ D _____ G _____
 Nécessite-t-elle un appareillage ? ☐ ☐
 b) Y a-t-il une affection des yeux ? ☐ ☐ laquelle ? _____
 avant correction : OD. _____ OG. _____
 après correction : OD. _____ avec _____ dioptries
 OG. _____ avec _____ dioptries

NOTE D'HONORAIRES

CONTRAT SWISS AUTONOMIE

Etablissement du rapport concernant M.

☐ Honoraires dus à M. le Docteur

..... euros

demeurant

code postal

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

 ville

Cachet

Signature

☐ Rapport médical réglé par le client M.

demeurant

code postal

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

 ville

Signature