

Questionnaire - Maladie chronique inflammatoire intestinale / Maladie de Crohn / Colite ulcéreuse

Client

Nom	<input type="text"/>	Prénom	<input type="text"/>
Rue	<input type="text"/>	NPA / Lieu	<input type="text"/>
Sexe	<input type="text"/>	Tél.	<input type="text"/>
Date de naissance	<input type="text"/>	eMail	<input type="text"/>
Numéro de client	<input type="text"/>	No de proposition	<input type="text"/>

Les informations recueillies au moyen de ce document seront traitées avec la plus grande confidentialité et sont soumises aux règles déontologiques relatives au respect du secret professionnel.

Prière de cocher les cases correspondantes et de fournir tout commentaire ou date en regard des réponses affirmatives lorsque cela est souhaité. **Il n'est pas nécessaire de convoquer le patient.**

Taille: cm poids: kg date:
Pression artérielle: mmHg systolique / mmHg diastolique date:
Tabagisme: non oui Si oui, quoi? Nombre par jour?
Ancien fumeur: non oui Depuis quand? E-cigarette: no oui

Diagnostic:

Maladie de Crohn Récocolite hémorragique Colite fulminante Autres:

Date du diagnostic:

Symptômes:

Date du dernier épisode:

Nombre d'épisodes par an:

Date de la dernière consultation:

Compliance: non oui

Maladie: active en rémission, depuis quand:

Localisation:

- Rectite: rectum
 Rectosigmoïdite: rectum et colon sigmoïde
 Colite gauche ou maladie gauche segmentaire
 Pancolite: atteinte totale du colon
 Nombre de selles par jour avec présence de sang ou glaires:
Symptôme continu: non oui
 Proctite ou proctosigmoïdite
 Étendue inconnue
 Colite sévère ou fulminante

Traitement médical:

non oui

Acide 5-aminosalicylique ou antibiotiques oraux

Noms des médicaments :

Corticostéroïdes, immunosuppresseurs ou agents anti-TNF

Noms des médicaments :

Autres:

Traitement chirurgical: non oui Exérèse simple, Stricuroplastie, Cure de fistuleDate: Colectomie et anastomose iléorectaleDate: Proctocolectomie et iléostomieDate:

Autres (lesquelles et quand):

Récidive après intervention chirurgicale: non ouiDate: **Chirurgie envisagée:** non oui**Complications:** non oui Manifestations extra-coliquesDate:

lesquelles:

 Syndrome de malabsorption Pathologie hépatiqueSGOT U/lDate: SGPT U/lDate: Gamma-GT: U/lDate: Stéatose Hépatite Cirrhose Péricholangite Cholangite sclérosante Lésions malignes ou dysplasiques Alimentation par voie entérale ou parentérale

Autres:

Examens réalisés au cours des 6 derniers mois: non oui EndoscopieRésultat: normal anormalDate: VSG/CRPRésultat: normal anormalDate: HémoglobineRésultat: g/dlDate:

Autres (résultat et date):

Autres commentaires:

Prière de nous joindre une copie des examens spéciaux éventuels effectués ainsi que les résultats et les valeurs de référence pour toute fiche de laboratoire.

Médecin

Tél. Fax eMail Date **Transmission électronique**

Avec le bouton «Envoyer» vous pouvez envoyer le formulaire en toute sécurité à au service médicale de la mobilière.