

RAPPORT DE L'EXAMEN MEDICAL

Sociétés suisses d'assurances sur la vie

Important

- Le médecin est prié de passer en revue les questions avec la personne à assurer et de noter si possible lui-même les réponses.
- Le formulaire doit être complété **lisiblement**. Merci.
- Si des conditions précises ne sont pas remplies, la loi interdit aux assureurs de demander des résultats d'**analyses génétiques** prénatales ou effectuées pour déterminer s'il y a des prédispositions à une maladie, avant que des symptômes ne soient apparus (**analyses présymptomatiques**). Si ces conditions sont remplies, la clarification du cas a lieu au moyen d'un formulaire séparé. De ce fait, de tels résultats d'analyses ne doivent pas être mentionnés dans le présent questionnaire. De même, des résultats communiqués volontairement ne peuvent pas être utilisés par les assureurs. **Les analyses génétiques effectuées à des fins de diagnostic**, autrement dit pour faire la lumière sur des symptômes de maladie déjà constatables, ne sont pas concernées par la disposition légale et doivent être déclarées.
- Dans le présent formulaire, les termes s'appliquant aux personnes désignent aussi bien les femmes que les hommes.

GLN

N° de police / proposition

Données personnelles de la personne à assurer

Nom	Prénom	Date de naissance	Description de l'activité professionnelle actuelle
Rue, numéro	NPA	Lieu	Pays

Anamnèse

N°	Questions	non	oui	Si oui, veuillez fournir de plus amples informations (valable pour toutes les questions)
01	Pratiquez-vous régulièrement un sport?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Lequel? _____ A quelle fréquence? _____
02	Avez-vous consommé des produits pour fumeurs, du tabac ou de la nicotine sous une autre forme durant les 3 dernières années?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/> Cigarettes <input type="checkbox"/> E-Cigarettes <input type="checkbox"/> Cigares <input type="checkbox"/> Pipe <input type="checkbox"/> Autres (p. ex. narguilé, tabac à chiquer, patch de nicotine) Quoi? Combien par jour? _____ Quand la dernière fois? _____
03	Consommez-vous des boissons alcoolisées?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Lesquelles? _____ Quantité? _____ Fréquence? _____
04	Etes-vous ou avez-vous été soigné ou conseillé durant les 10 dernières années pour votre consommation d'alcool (y c. clarifications spéciales / examens / centre de consultation)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Quand? _____ Par qui? Nom et adresse _____
05	Consommez-vous ou avez-vous consommé des drogues durant les 10 dernières années?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Lesquelles? _____ Combien de fois? _____ Combien de temps? _____ Quand pour la dernière fois? _____
06	Prenez-vous ou avez-vous pris régulièrement ou de façon répétée des médicaments durant les 5 dernières années ou des médicaments vous ont-ils été prescrits?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Lesquels? _____ Combien de fois? _____ Pourquoi? _____ De quand à quand? _____
07 a.	Avez-vous déjà été hospitalisé?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Pourquoi? _____ Quand? _____
b.	Avez-vous déjà subi des endoscopies des articulations ou des cavités corporelles, des examens au cathéter ou d'autres types d'interventions?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Pourquoi? _____ Quand? _____
c.	Présentez-vous actuellement une quelconque maladie, un trouble de la santé ou des suites d'un accident?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Lesquels? _____
d.	Votre capacité de travail ou de gain est-elle réduite d'une quelconque manière?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Pourquoi? _____ Depuis quand? _____ Degré / Etendue? _____
e.	Au cours des 5 dernières années, avez-vous été entièrement ou partiellement incapable de travailler pendant plus de 4 semaines consécutives?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Pourquoi? _____ De quand à quand? _____
f.	Avez-vous déjà présenté dans le passé une demande auprès d'une assurance pour obtenir des mesures médicales, scolaires, professionnelles ou d'autre genre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Auprès de quelle assurance? _____ Quand? _____ Pourquoi? _____
08	Y a-t-il eu chez vos parents, frères et sœurs, grand-parents des troubles neurologiques, des maladies cardiaques, des attaques d'apoplexie, du diabète, un cancer ou des maladies héréditaires avant l'âge de 55 ans?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Quelles maladies? _____ Chez combien de personnes? _____

Date et signature de la personne à assurer

Date

Signature

N°	Questions	non	oui	Si oui, veuillez fournir de plus amples informations (valable pour toutes les questions)		
				Lesquels?	Quand? Combien de temps? Guéri?	Médecins / autres thérapeutes avec adresses:
09	Présentez-vous ou avez-vous présenté au cours des 10 dernières années des maladies, des troubles ou des affections					
a.	de l' appareil respiratoire tels que: asthme, bronchite à répétition ou chronique, pneumonie, tuberculose ou autres?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
b.	du cœur ou des vaisseaux sanguins tels que: hypertension, troubles circulatoires, infarctus du myocarde, vice ou insuffisance cardiaque, troubles du rythme cardiaque, attaque cérébrale, phlébite, varices ou autres?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
c.	de l' appareil digestif tels que: hernie hiatale, ulcères ou inflammations ou hémorragies de l'estomac ou des intestins, hémorroïdes, jaunisse, maladies du foie, de la vésicule biliaire, du pancréas ou autres?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
d.	de l' appareil urinaire ou génital tels que: maladie des reins, des uretères, de la vessie, des testicules ou de la prostate, de l'utérus ou des ovaires, des seins, calculs, présence de sang ou d'albumine dans les urines ou autres?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
e.	du système nerveux tels que: épilepsie, vertiges, maux de tête, paralysies, névrites ou autres?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
f.	du psychisme tels que: dépression, angoisse, trouble de stress, trouble alimentaire ou psychosomatique, burnout ou autres?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
g.	de l' appareil locomoteur (os, articulations, colonne vertébrale, disques intervertébraux, muscles, ligaments, tendons) tels que: douleurs dorsales, cervicales, des épaules, arthrose, rhumatismes ou autres?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
h.	des yeux tels que: acuité visuelle diminuée, cataracte ou glaucome, trouble oculaire, affection de la rétine ou autres?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Dioptries: gauche _____ /droite _____		
i.	de l' ouïe tels que: surdité, inflammations, acouphènes ou autres?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
j.	du métabolisme ou du sang tels que: diabète, excès de cholestérol, goutte, troubles hormonaux (thyroïde, glandes surrénales), anémie, troubles de la coagulation ou autres?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
k.	du système immunitaire ou maladies infectieuses tels que: infection VIH, maladies sexuellement transmissibles, hépatite, maladie de Lyme, maladies tropicales ou autres?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
l.	en raison de maladies de la peau ou d'allergies , notamment alimentaires, au pollen, au poil d'animaux ou autres?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
m.	en raison de maladies tumorales (bénignes ou malignes)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
n.	en raison de malformations ou infirmités congénitales ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
o.	en raison de la consommation de médicaments, d'alcool, de drogues ou d'autres substances additives et /ou de dépendance à ces produits ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
p.	autres maladies, troubles ou maux pour lesquels aucune question n'a été posée?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
10	Avez-vous fait une tentative de suicide?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			
11	Une visite ou traitement médicale, une opération ou un séjour à l'hôpital sont-ils prévus ou ont-ils été recommandés?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Pourquoi? _____		
12	Au cours des 5 dernières années , avez-vous consulté un médecin, un chiropraticien, un ostéopathe, un physiothérapeute, un psychothérapeute ou un autre spécialiste que vous n'avez pas cité précédemment?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Noms et adresses exactes _____ Pourquoi? _____	Quand? _____	Guéri? _____
13	Quel a été le dernier médecin consulté?		⇒	Noms et adresses exactes _____		
			⇒	Pourquoi? _____	Quand? _____	Résultat? _____
14	Quel médecin connaît le mieux votre état de santé?		⇒	Nom et adresse exacte _____		

Je certifie avoir répondu de manière complète et véridique aux questions 1 à 14. La validité du contrat dépend de l'exactitude et de l'intégralité des indications. J'autorise les médecins, les établissements médicaux et les institutions d'assurance interrogés par la société à donner les renseignements nécessaires à l'examen de la proposition.

Localité

Date

Signature de la personne à assurer

Je déclare avoir passé en revue avec la personne à assurer les questions qui précèdent.

Localité

Date

Signature du médecin

Appréciation du médecin sur l'anamnèse:

Examen médical y compris analyse des urines

Prière de décrire les états pathologiques ou anormaux. Merci.

N° Questions	non	oui	Si oui, veuillez fournir de plus amples informations (valable pour toutes les questions)	
15 a. Date de l'examen médical		⇒	<input style="width: 80px; height: 20px;" type="text"/>	
b. Connaissez-vous personnellement la personne à assurer?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Connue personnellement depuis: <input style="width: 80px; height: 20px;" type="text"/>	
			Identité vérifiée sur la base de:	
			<input type="radio"/> Passeport <input type="radio"/> Carte d'identité <input type="radio"/> Permis de conduire <input type="radio"/> Livret pour étrangers	
c. Avez-vous déjà examiné ou soigné la personne à assurer?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Quand?	
			Pourquoi?	
			Résultat?	
16 Taille (sans chaussures) / poids (sans vêtements)		⇒	<input style="width: 60px; height: 20px;" type="text"/> cm	<input style="width: 60px; height: 20px;" type="text"/> kg
17 Peau Y a-t-il une affection cutanée ou des cicatrices?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
18 Appareil respiratoire				
a. La percussion et l'auscultation donnent-elles des résultats anormaux?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Cause?	
b. Y a-t-il des symptômes indiquant une affection de l'appareil respiratoire?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
19 Cœur et appareil circulatoire				
a. Auscultez-vous un souffle cardiaque?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Si oui:	<input type="radio"/> systolique <input type="radio"/> diastolique
Point maximum et propagation?		⇒		
Le souffle est-il organique?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
b. Perçoit-on des souffles carotidiens?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
c. Fréquence du pouls, tension artérielle		⇒	Nombre de pulsations par minute	<input style="width: 60px; height: 20px;" type="text"/>
				systolique
			Tension en mm Hg	<input style="width: 60px; height: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 60px; height: 20px;" type="text"/>
				diastolique
			Tension 2 ^e mesure	<input style="width: 60px; height: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 60px; height: 20px;" type="text"/>
Si les valeurs sont supérieures à 135 / 85 mm Hg, répéter la mesure de la tension s.v.p.				
d. Rythme du pouls		⇒	<input type="radio"/> régulier	<input type="radio"/> irrégulier
e. Perçoit-on des souffles vasculaires?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Où?	
f. Les pouls pédiens font-ils défaut ou sont-ils amoindris?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
g. Y a-t-il des symptômes d'insuffisance ou de décompensation (dyspnée, cyanose)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
h. Y a-t-il des varices ou des signes d'insuffisance veineuse chronique?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		

Date et signature du médecin

Date

Signature

N°	Questions	non	oui	Si oui, veuillez fournir de plus amples informations (valable pour toutes les questions)
20	Appareil digestif et abdomen			
	a. Les dents, la langue, les amygdales, les muqueuses ou le pharynx ont-ils un aspect anormal?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	b. L'examen clinique, la palpation, la percussion et l'auscultation de l'abdomen ont-ils révélé quelque chose d'anormal?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	c. Y a-t-il une hernie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
21	Organes génito-urinaires			
	a. Pour les personnes de sexe masculin : Y a-t-il des indices d'une affection des organes urinaires ou génitaux?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	b. Pour les personnes de sexe féminin : Y a-t-il des indices d'une affection des organes urinaires ou génitaux, d'une modification anormale des seins ou y a-t-il une grossesse?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
22	Système nerveux / organes des sens			
	a. Y a-t-il des indices d'une affection des organes des sens, notamment une baisse de l'acuité visuelle ou auditive?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	b. Y a-t-il des raisons de soupçonner la présence d'affections ou de déficits neurologiques p. ex. moteur, réflexes, sensibilité, équilibre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
23	Psychisme Y a-t-il un trouble psychique (tel que trouble de l'humeur ou du comportement) ou y a-t-il des indices de situations pesantes ou de conflits actuellement?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
24	Squelette / appareil locomoteur Y a-t-il des indices d'une affection ou d'une déformation de la colonne vertébrale ou du reste de l'appareil locomoteur?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
25	Divers			
	a. Y a-t-il une augmentation de volume des ganglions lymphatiques?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Où? <input type="text"/>
	b. Y a-t-il des symptômes de troubles endocriniens?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
	c. Y a-t-il des indices de troubles du comportement alimentaire, d'alcoolisme ou de consommation de drogues?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
	d. Y a-t-il d'autres troubles, maladies ou résultats d'examen pathologiques qui n'ont pas encore été mentionnés?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="text"/>
26	Analyse d'urine (bandelettes urinaires)			
	<u>L'urine contient-elle de l'albumine?</u>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	<u>L'urine contient-elle des sucres?</u>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	<u>L'urine contient-elle des érythrocytes?</u>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	<u>L'urine contient-elle des leucocytes?</u>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	<u>L'urine contient-elle d'autres substances?</u>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
	Si le test des bandelettes urinaires est réactif, établir un sédiment urinaire et fournir des indications quantitatives.			
		⇒	Ec <input type="text"/>	Lc <input type="text"/>
				Divers <input type="text"/>

Je déclare avoir interrogé et examiné la personne à assurer et avoir répondu en toute bonne foi aux questions 15 à 26 qui précèdent.

Localité

Date

Signature du médecin

Remarques:

(autres constatations, par exemple facteurs de risque, propositions d'examen et / ou de traitement)

[Large greyed-out area for notes]

Veuillez joindre des copies de résultats d'examens déjà effectués. Merci.

Médecin
Adresse

[Greyed-out area for doctor's address]

Tél.	[input]	Fax	[input]
GLN	[input]	NCC	[input]
eMail	[input]		

Signature _____
inutile en cas d'envoi électronique

Date [input]

**Transmission
électronique**

[Large empty box for electronic transmission]