

RAPPORT MEDICAL

Le médecin est prié d'inscrire lui-même les réponses à chacune des questions posées, d'une façon lisible et concise et, chaque fois qu'il constate un signe anormal, d'en préciser la signification.

ASSUREUR-CONSEIL

CONTRACTANT
S'il s'agit d'une assurance de groupe
CONTRAT N°

Dr Patrick CORREA
3, Av. des Ambassades
DAKAR SENEGAL

IDENTIFICATION DE L'ASSURE

NOM AOUELY PRENOM RAY DAX.
Date de Naissance 06/03/1969 Lieu de naissance Abidjan.
Domicile 15 BP 510 - Abidjan 15.
Situation de famille : Marié(e) ☒ Célibataire ☐ Divorcé(e) ☐
CONTROLE D'IDENTITE : Nature en numéro de la pièce d'identité : Passport : 17 APS3641.
(Vérifier qu'elle concerne bien le proposant)

DECLARATION DU PROPOSANT RECUEILLIE PAR LE MEDecin

- PROFESSION ACTUELLE** Indiquer avec précision la profession actuellement exercée : Directeur Centre Redev.
Comporte-t-elle des dangers particuliers ou des déplacements : Continuité Africain, Action, et à l'étranger, travail.
où ? quand ? durée ? motif ?
Profession antérieure ? Auditeur.
- Habitudes de vie**
Pratiquez-vous des sports ? Lesquels ? Nauacana / Marche / Aïda / Zouk.
Dans quelles conditions ? (Fournir toutes précisions)
Boissons alcoolisées ? OUI Consommation journalière : accusant. Tabac ? NON.
Régime ? Modification de poids au cours des 2 dernières années. Combien de kilos ?
Pourquoi ?

Avez-vous suivi un traitement
Pour quelle affection ?

☒ Non

☐ Oui

Lequel ?

Date

Durée

Suivez-vous actuellement un traitement médical ?
Pour quelle affection ?

☒ Non

☐ Oui

Lequel ?

Date

Durée

3. PARENTE

	Age si vivant	Age au décès	ETAT DE SANTE OU CAUSE ET DATE DU DECES
-père	80		HTA.
-mère	74		HTA Cellulite.
-frères et sœurs	58 ans à 39 ans		/
-conjoint	46 ans.		/

Y-t-il ou y-a-t-il eu dans votre famille des cas de maladie héréditaire ou familiale ? NON
de suicide ? tuberculose ? de diabète ? NON

Avez-vous une infirmité, des séquelles de maladies ou d'accident ? ☒ Non ☐ Oui Date _____

Nature _____

Etes-vous titulaire d'une pension (ou d'une rente) d'invalidité ? ☒ Non ☐ Oui Date _____

Motif médical : _____

Taux de la pension _____ Service par : _____

Pour les hommes : Avez-vous fait votre service national ? ☒ Non ☐ Oui

Sinon, indiquez si vous avez été exempté, ajourné, réformé _____

Motif : _____

4. ETES-VOUS DEJA ASSURE OU EN TRAIN DE VOUS ASSURER ?

- en cas de décès ? ☒ Non ☐ Oui Montant du capital ? _____

- en cas d'incapacité ? ☒ Non ☐ Oui Montant des indemnités journalières ? _____

- en cas d'invalidité ? ☒ Non ☐ Oui Montant de la rente d'invalidité ? _____

5. DES PROPOSITIONS D'ASSURANCES REPOSANT SUR VOTRE TETE ONT-ELLES ETE :

- refusées ? ☒ Non ☐ Oui

- ajournées ? ☒ Non ☐ Oui

- acceptées avec surprime ? ☒ Non ☐ Oui

A quelle date ? _____

Pour quels motifs ? _____

6. PASSE PATHOLOGIQUE

Etes-vous actuellement en arrêt de travail ? ☒ Non ☐ Oui Depuis quelle date : _____

Avez-vous interrompu votre travail pendant plus de 15 jours au cours des cinq dernières années ?

☒ Non ☐ Oui

A quelle date : _____ Durées totale de l'arrêt de travail ? _____

Pour quels motifs ? _____

A- MALADIE – préciser date, durée, traitement et suites Pouxmons : tuberculose, bronchite chronique, asthme, autres affections ? Maladies du cœur ou des vaisseaux ? Tension artérielle ? Rhumatismes articulaires aigus ? Maladies du tube digestif ou du foie ? Affections de l'appareil urinaire ? Maladies sexuellement transmissibles ? Coliques néphrétiques ? Hématurie ? Albuminurie ? Dépression nerveuse ? Troubles d'ordre psychiatrique ? Maladies d'origine virale ? Affections particulières aux pays chauds ? Paludisme dysenterie amibienne, etc...	/
B- OPERATIONS Nature, cause, date, résultats	/
C- ACCIDENT Nature, cause, date, suites (donner toutes précisions)	/
D- SEJOUR dans un hôpital, maison de santé, sanatorium, station thermale Cause, lieu, dates, durée ?	
E- EXAMENS SPECIAUX Nature (électrocardiogramme, électroencéphalogramme, radiographie, etc...) Cause, date, résultat ?	/
F- EXAMEN DE SANG Avez-vous eu au cours des cinq dernières années un résultat d'analyse biologique ayant révélé un risque particulier ? (diabète, cholestérol, sérologie HIV, etc...) Cause, motif, résultats ?	Test caud. négatif
G- QUEL EST VOTRE MEDECIN HABITUEL(ADRESSE) ? Quel est le dernier médecin qui vous a soigné ou conseillé ? Quand et pourquoi ?	ophtalme qui changeait lunettes
7. QUESTIONS SPECIALES AUX FEMMES : Règles normales ? Maladies de l'utérus ou des ovaires ? Avez-vous déjà eu une grossesse difficile ou à risques ? Accouchements à terme ? normaux ou compliqués ? Etes-vous enceinte ? de combien de mois ?	/
8. Avez-vous autre chose à déclarer concernant votre état de santé ? Le cas échéant donner toutes précisions :	☒ Non ☐ Oui _____

EXAMEN MEDICAL DU PROPOSANT

Répondez à toutes les questions avec précision – Au besoin ajoutez un feuillet

1) ASPECT GENERAL

Quel est son sexe ? Parait-il son âge ?

Etat de la peau ? Eruptions ? Cicatrices ?

Signes d'alcoolisme aigü ou chronique ?

Musculature ? Maigreur ? Obésité ?

Mensurations :

Variations du poids dans les dernières années ?

Tours de poitrine :

Bon état général

Taille : 1,76
en inspiration :

Poids : 90 kg
en expiration :

2) SYSTEME NERVEUX

Troubles de la parole ?

Troubles de l'équilibre ? Tremblements ?

Troubles de la marche ? Paralyse ?

Réflexes Rotuliens et achilléens ?

Etat des pupilles ? Réflexes pupillaires ?

Fonctions intellectuelles, mémoire psychique ?

En cas de traumatisme crânien ou de néoplasme

en préciser la date et les séquelles ?

3) ORGANES DES SENS

Affection oculaires ? Acuité visuelle avant

Et après correction ?

Troubles auditifs ? Acuité auditive ?

Vertiges ?

Otorrhée ? survenue depuis quand ?

Avant correction

Après correction

O.D.	O.G.
2/10	2/10
10/10	10/10

4) APPAREIL RESPIRATOIRE

Troubles fonctionnels ? *NON*

Conformation générale du thorax ? */*

Nombre de bronchite par an ? */*

Examen clinique ? *RAS*

5) APPAREIL CIRCULATOIRE

Troubles fonctionnels ? *NON*

Examen clinique du cœur (préciser les caractères des

bruits anormaux) *RAS*

Fréquence du pouls ? Arythmie : *90/min. régulière* Pouls : *90/min.*

Tous les pouls périphériques sont-ils normalement perçus ? *OUI*

Etat du système veineux ? *RAS*

Œdème des jambes ? *NON*

TENSION ARTERIELLE après repos :

(à vérifier en fin d'examen si anomalie)

Maxima : *160*

Minima : *100*

Important

AVANT DE SIGNER CE RAPPORT, ASSUREZ-VOUS AVOIR DONNE, POUR LES AFFECTIONS ET ACCIDENTS
DECALRES, DES RENSEIGNEMENTS PRECIS SUR L'HISTORIQUE, LES SOINS ET L'ETAT ACTUEL DE
FAÇON A CE QUE LE RAPPORT SOIT EXPLOITABLE.

7) ETAT DES OS ET ARTICULATIONS Troubles de la statique vertébrale (en préciser le type et l'importance ?) Mobilité du rachis et des autres articulations ? Déformations articulaire ? Antécédents de lombalgie ou de sciatique ? Signe de Lasègue ?	RAS				
8) GANGLIONS LYMPHATIQUES ANORMAUX Siège ? Volume ? Consistance ? Mobilité ?	RAS				
9) Glandes endocrines : Anomalies ? Goitre ? Signes ?	RAS				
10) APPAREIL GENTITO-URINAIRE Anomalies des organes ? <i>NON</i> Anomalies des fonctions ? <i>NON</i> Examen des urines émis en présence du médecin.	Albumine : 0 Sucre : 0				
11) EXAMEN PARTICULIERS AUX FEMMES Conformation extérieure du bassin ? Signes de grossesse ? Examen des seins ?					
12) CONCLUSIONS Pensez-vous que l'état de santé du proposant Continue un risque normal ou aggravé ? <i>NON</i> Réserves éventuelles ? Au vu des constatations, des examens complémentaires vous paraissent-ils utiles ? Considérez-vous le proposant comme un risque → (Payer les mentions inscrites ?) <i>Surveillance de la tension. Antécédents Examen demandé = DAPA.</i>	<table border="1"> <tr> <td>A ACCEPTER</td> <td>A JOURNER</td> </tr> <tr> <td>A ACCEPTER AVEC RESERVE <i>X</i></td> <td>A REFUSER</td> </tr> </table>	A ACCEPTER	A JOURNER	A ACCEPTER AVEC RESERVE <i>X</i>	A REFUSER
A ACCEPTER	A JOURNER				
A ACCEPTER AVEC RESERVE <i>X</i>	A REFUSER				

OBSERVATIONS PARTICULIERES

Le 17-11-2020

Syndrôme d'hypertension
Artérielle avec notation
de stress et respiration

Signature du médecin Examinateur

Dr Patrick CORREA
3, Av. des Ambassades
DAKAR SENEGAL

Syndrôme de la blouse blanche à confirmer par une NAPA et
bilan sanguin des facteurs de Risque cardiovasculaires

Le présent rapport annuellement confidentiel devra être adressé, sous pli cacheté, dans le plus bref délai à Monsieur le
Médecin conseil d'Amiari Assurance.

NOTE D'HONORAIRES (à ne pas détacher)

Date _____

NOM et ADRESSE du MEDECIN

(en lettres majuscules)

MONTANT DES
HONORAIRES

NOM et PRENOM de la PERSONNE EXAMINE

N° CIN: _____

Date de l'Examen: _____

CADRE RESERVE A L'ASSUREUR

N° du contrat
N° d'adhésion

Du Cachet

QUESTIONNAIRE MEDICAL

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Après examen de ce questionnaire, des renseignements médicaux complémentaires peuvent être demandés par l'Assureur qui conserve en outre la possibilité de refuser, limiter l'assurance ou proposer une surprime. La case correspondant à chaque situation devra être cochée d'une croix. La réponse ainsi donnée sera le cas échéant complétée.

A COMPLETER DANS TOUS LES CAS

NOM : AQUELY Prénom : RAY MAX

Votre date de naissance : 22/03/1969 Votre taille : 1,76 cm

Votre poids : 90 Kgs. Votre tension artérielle (maxima/ minima) : 140/80

Votre degré de vision avant correction : oeil droit/10es . après correction : oeil droit/10es
oeil gauche...../10es oeil gauche...../10es

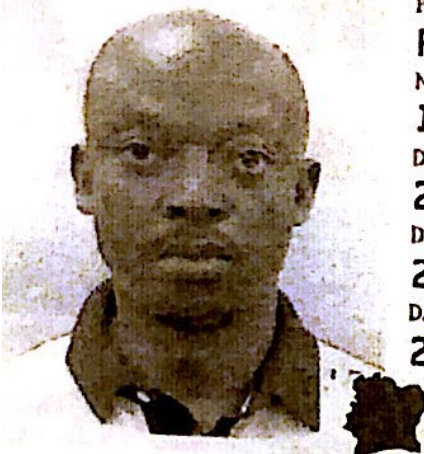
VEUILLEZ COCHER LA CASE CORRESPONDANTE		OUI	NON	CHACQUE REPONSE DOIT ETRE CLAIRE ET PRECISE - LES SIGNES ET LES TRAITS NE SONT PAS ADMIS
Avez-vous des troubles graves de la vision avant correction ?		☐	☐	Si oui lesquels ?
1.	Etes-vous : En traitement médical ? Sous contrôle médical ?	☐	☒	Depuis quand ? Pourquoi ?
2.	Etes-vous atteint : D'une infirmité ? D'une maladie chronique ou d'affections récidivantes ?	☐	☒	Précisez
3.	Avez-vous été traité (hospitalisé ou non) : En service de médecine ? En service de chirurgie ? En service de neuro-psychiatrie ?	☐	☒	Pourquoi ? Quand ? Combien de temps ?
4.	Etes-vous actuellement en incapacité totale ou partielle de travail ? Avez-vous durant ces cinq dernières années dû interrompre votre travail ? Plus de 30 jours consécutifs ? Plus de 90 jours sur une année ?	☐	☒	Pourquoi ? Dates ?
5.	Avez-vous subi : Une opération ? Un traitement par radiations ou cobalt ? Une chimiothérapie pour tumeur ? Un traitement pour maladie rhumatismale ? Pour troubles nerveux ? Un traitement pour troubles cardiaques ?	☐	☒	Pourquoi ? Quand ? Combien de temps ?
6.	Vous a-t-on informé que dans les prochains mois, vous allez : Subir des examens de laboratoire ou d'autres examens à l'exception de la médecine du travail ? Etre hospitalisé ? Etre traité ou opéré ?	☐	☒	Pour quelles raisons ?



Eoulysa by
Aminata Coulibaly

[illegible]

Answer



P<CIVAOUELY<<RAY<MAX<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<
17AP536416CIV6903228M2301251<<<<<<<<<<<<<<<<<<08