



Wafa Assurance Vie

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.

AGENT CBAO

CONTRACTANT

s'il s'agit d'une assurance de groupe

CONTRAT N°

MEDECIN

Dr Patrick BUREA
3, Av. des Ambassades
DAKAR SENEGAL

IDENTIFICATION DE L'ASSURE

NOM ANASSA PRENOM ALICE

Date de Naissance 04-04-1978 Lieu de naissance Ziguinchor

Domicile : Quartier FOIRE

Situation de Famille : Marié(e) Célibataire Divorcé(e)

N°CNI ou Passeport : 109 1978 0404 000935

(Vérifier qu'elle concerne bien le proposant.)

DECLARATION DU PROPOSANT RECUEILLIE PAR LE MEDECIN

1) **PROFESSION ACTUELLE** Indiquer avec précision la profession actuellement exercée : Adjoint aux Services

Comporte-t-elle des dangers particuliers ou des déplacements HORS SENEGAL : où ? quand ? durée ? motif ?

Professions antérieures ?

2) **HABITUDES DE VIE**

Pratiquez-vous des sports ? Lesquels ? Marche, Natation

Dans quelles conditions ? (Fournir toutes précisions) 9x/semaine

Boissons alcoolisées ? Non Consommation journalière : Tabac ? Non

Régime ? Modification du poids au cours des 2 dernières années. Combien de kilos ?

Avez-vous suivi un traitement Non Oui Lequel ?

Pour quelle affection ?

Suivez-vous actuellement un traitement médical ? Non Oui Lequel ?

Pour quelle affection ? Date Durée

3) **PARENTS**

	Age si vivant	Age au décès	ETAT DE SANTE OU CAUSE ET DATE DU DECES
Père		<u>82</u>	
Mère		<u>76</u>	
frères et sœurs	<u>6F-35</u>	<u>38 -> 58</u>	<u>EDCD</u>
conjoint	<u>40</u>		<u>/</u>

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

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 Servie 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 ?

EXAMEN MEDICAL DU PROPOSANT

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

<p>10) ASPECT GENERAL</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Quel est son teint ? Paraît-il son âge ✓ Etat de la peau ? Eruptions ? Cicatrices ? ✓ Signes d'alcoolisme avéré ou présumé ? Musculature ? Maigreur ? Obésité ? <p>Mensurations :</p> <p>Variation du poids dans les dernières années ?</p> <p>Tours de poitrine :</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Taille : <u>179</u> Poids : <u>99</u></p> <p>en inspiration : en expiration :</p>									
<p>11) SYSTEME NERVEUX</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Troubles de la parole ? ✓ Troubles de l'équilibre ? Tremblements ✓ Troubles de la marche ? Paralysie ? ✓ Réflexes rotuliens et achilléens ? ✓ Etat des pupilles ? Réflexes pupillaires ? ✓ Fonctions intellectuelles, mémoire, psychisme ? ✓ En cas de traumatisme crânien ou de trépanation en préciser la date et les séquelles ? 	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>									
<p>12) ORGANES DES SENS</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Affection oculaire ? Acuité visuelle avant et après correction ? ✓ Troubles auditifs ? Acuité auditive ? ✓ Vertiges ? ✓ Otorrhée ? tarie depuis quand ? 	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 70%;"></td> <td style="width: 10%; text-align: center;">O.D</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">O.G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right; vertical-align: middle;">Avant correction</td> <td style="text-align: center; border: 1px solid black;">9</td> <td style="text-align: center; border: 1px solid black;">10</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right; vertical-align: middle;">Après correction</td> <td style="text-align: center; border: 1px solid black;"></td> <td style="text-align: center; border: 1px solid black;"></td> </tr> </table> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>		O.D	O.G	Avant correction	9	10	Après correction		
	O.D	O.G								
Avant correction	9	10								
Après correction										
<p>13) APPAREIL RESPIRATOIRE</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Troubles fonctionnels ? ✓ Conformation générale du thorax ? ✓ Nombre de bronchite par an ? ✓ Examen clinique ? 	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>									
<p>14) APPAREIL CIRCULATOIRE</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Troubles fonctionnels ? ✓ Examen clinique du cœur (préciser les caractères des bruits anormaux) : ✓ Fréquence du pouls ? Arythmie : ✓ Tous les pouls périphériques sont-ils normalement perçus ? ✓ Etat du système veineux ? ✓ Œdème des jambes ? 	<p>Pouls : <u>99</u></p>									
<p>TENSION ARTERIELLE après repos (à vérifier en fin d'examen si anomalie)</p>	<p>Maxima : <u>131</u> Minima : <u>87</u></p>									

IMPORTANT

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

7.	Avez-vous consulté votre médecin ou d'autres médecins au cours des 3 dernières années ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Quand ? Pourquoi ?
8.	A la suite de ces consultations vous-a-t-on prescrit un traitement médical, un régime, un examen tel que radio, analyse, autres ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Lesquels ? Résultats ?
9.	Avez-vous effectué une cure ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Quand ? Pourquoi ?
10.	Avez-vous été victime d'un accident du travail, de la circulation ou autre ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Quand ? Parties du corps atteintes ? Séquelles ?
11.	Etes-vous titulaire d'une rente ou d'une pension d'invalidité, d'accident de travail ou de maladie professionnelle dont le taux est supérieur à 20 % ? (si oui, joindre les justificatifs).	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Taux : Motif ? Dates ?
12.	a) Pratiquez-vous des activités sportives ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquelles (précisez avec ou sans compétition) : <i>Marche et velo</i>
	b) Utilisez-vous des engins aériens privés ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Lesquels ?
	c) Utilisez-vous une motocyclette ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Précisez la cylindrée :
13.	Pour les hommes : avez-vous été réformé pour raison de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Lesquelles ? : Quand ?
	Pour les femmes : - Etes-vous enceinte ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	De combien de mois ? :
	- Avez-vous eu des grossesses ou des accouchements difficiles ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pour quelles raisons ? :
14.	Avez-vous subi un test de la séropositivité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Résultats : Date :
15.	Avez-vous déjà fait des demandes d'assurances sur la vie ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pourquoi ? <i>Poét consommation</i> Quand ? <i>2018</i>
	- Si oui, ont-elles été :			
	- Acceptées avec surprimes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- Acceptées avec exclusion ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- Ajournées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	- Refusées ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

N.B : Vous pouvez accélérer l'étude de votre dossier en joignant à ce questionnaire toute copie de document se rapportant à votre santé .

Je soussignée (e) certifie l'exactitude et la sincérité des déclarations ci-dessus dont je prends la responsabilité même si elles sont écrites par une autre personne.

Fait à *Dakar*
Le *05/11/2024*

Signature de l'adhérent assuré
Précédée de la mention "lu et approuvé"

Lu et approuvé



Cachet du guichet
Timbre horodateur

Conformément à l'Article L 113-8 du Code des Assurances, toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraîne la nullité de l'assurance.



**INSTITUT
PASTEUR**
de Dakar

Code : MANSAMA5
Prescripteur : CORREA PATRICK
Adresse :

Tel : 77 291 11 Fax :

Date du prélèvement : 6.11.2024
Date de naissance : 04.04.1978 - sexe M

LABORATOIRE DE BIOLOGIE MEDICALE

36 Avenue Pasteur, BP 220 DAKAR Tel : (+221) 33 839 92 33 /92 32

Centre prélèvement VDN : (+221) 33 859 28 51

Mail : biomedec@pasteur.sn Internet : www.pasteur.sn

Horaires d'ouverture

Lundi-Jeudi : 7h30-18h00

Vendredi : 7h30-13h30/15h-18h

Samedi matin : 7h30-11h00

Monsieur
MANSAL Malick

QUEST FOIRE
DAKAR

i1106555

DAKAR, le 7 Novembre 2024

HEMATOLOGIE

NUMERATION GLOBULAIRE

(Automate XN-1000, Sysmex)

		Valeurs usuelles	Antécédents
LEUCOCYTES (giga/l)	5,4	(4,0-10,0)	
HEMATIES (tera/l)	4,13	(4,50-5,50)	
Hémoglobine (g/100ml)	12,6	(13,0-17,0)	
Hématocrite (%)	37,7	(40,0-54,0)	
V.G.M. (p3)	91	(80-100)	
T.C.M.H. (pg)	30,5	(27-32)	
C.C.M.H. (g/100ml)	33,4	(30,0-35,0)	

FORMULE LEUCOCYTAIRE

Polynucléaires neutrophiles:	38,4 %	2,07 giga/l	(2,0-7,5)
Polynucléaires éosinophiles:	2,1 %	0,11 giga/l	(0,04-0,4)
Polynucléaires basophiles. :	0,6 %	0,03 giga/l	(0,02-0,1)
Lymphocytes.	49,6 %	2,68 giga/l	(1,5-4,0)
Monocytes.	9,3 %	0,50 giga/l	(0,2-0,8)

PLAQUETTES (giga/l) : 276 (150-400)

[Signature]

Ch. MAHOU A. SECK T.A. DIALLO B. NDIAYE A. DIOP

R. DERWICHE

Conformément à la législation et à la norme, votre échantillon biologique sera éliminé à l'issue du délai normal de conservation ou utilisé ou transféré, de manière anonyme et respectant le secret médical, à des fins scientifiques ou de contrôle qualité, sauf avis contraire de votre part formulé par écrit à l'attention de notre Secrétaire Médical.

Les résultats identifiés par ❖ sont couverts par l'accréditation SOAC N°BM23001, selon la norme ISO/CBI 15189 : 2012

HEMATOLOGIE

VITESSE DE SEDIMENTATION

1 heure. : 10 mm

Valeurs limites (1ère heure)

	< 50 ans	> 50 ans
Homme	15 mm	20 mm
Femme	20 mm	30 mm

BIOCHIMIE SANGUINE

❖ GLYCEMIE 0,97 g/l 5,38 mmol/l
(Hexokinase - Alinity ABBOTT) (0,70-1,05) (3,89-5,83)

❖ CREATININE 9,8 mg/l 86,6 µmol/l
(Cinétique - Alinity ABBOTT) (7,2-12,5) (63,7-110,6)

ACIDE URIQUE 62 mg/l 369 µmol/l
(Enzymatique - Alinity ABBOTT) (35-72) (208-429)

❖ TRIGLYCERIDES 2,50 g/l 2,85 mmol/l
(Enzymatique - Alinity ABBOTT)

	g/l	mmol/l
Taux souhaitable	< 1,50	< 1,70
Taux modéré	1,50-1,99	1,70-2,25
Taux élevé	≥ 2,00	≥ 2,26

❖ CHOLESTEROL total 2,10 g/l 5,43 mmol/l
(Enzymatique - Alinity ABBOTT)

	g/l	mmol/l
Enfants		
Taux souhaitable	< 1,70	< 4,40
Taux modéré	1,70-1,99	4,40-5,15
Taux élevé	≥ 2,00	≥ 5,18
Adultes		
Taux souhaitable	< 2,00	< 5,18
Taux modéré	2,00-2,39	5,18-6,19
Taux élevé	≥ 2,40	≥ 6,22

Ch. MAHOU

A. SECK

T.A. DIALLO

B. NDIAYE

A. DIOP

R. DERWICHE

Conformément à la législation et à la norme, votre échantillon biologique sera éliminé à l'issue du délai normal de conservation ou utilisé ou transféré, de manière anonyme et respectant le secret médical, à des fins scientifiques ou de contrôle qualité, sauf avis contraire de votre part formulé par écrit à l'attention de notre Secrétariat Médical.

Les résultats identifiés par ❖ sont couverts par l'accréditation SOAC N°BM23001, selon la norme ISO/CEI 15189 : 2012

BIOCHIMIE SANGUINE

❖ CHOLESTEROL H.D.L. 0,28 g/l 0,72 mmol/l
 (Dét. +Accél. - Alinity ABBOTT)

	g/l	mmol/l
Taux faible	< 0,40	< 1,04
Taux modéré	0,40-0,60	1,04-1,55
Taux souhaitable	> 0,60	> 1,55

Rapport Chol.HDL/Chol.total. 13 %

❖ CHOLESTEROL L.D.L. 1,32 g/l 3,41 mmol/l
 (Par calcul)

	g/l	mmol/l
Taux souhaitable	< 1,00	< 2,59
Taux modéré	1,00-1,59	2,59-4,11
Taux élevé	> 1,59	> 4,11

En cas de Cholestérol LDL>1.60 g/l (4,14 mmol/l), une modification du mode de vie est recommandée, suivie d'un contrôle 3 mois après.

Il est recommandé d'évaluer le risque cardio-vasculaire à l'aide de l'outil SCORE* (Systematic Coronary Risk Estimation) pour connaître les objectifs thérapeutiques du Cholestérol-LDL :

NIVEAU DE RISQUE CARDIO-VASCULAIRE	OBJECTIF THERAPEUTIQUE DU CHOLESTEROL LDL
Risque faible SCORE < 1%	< 1,16 g/l (3,00 mmol/l)
Risque modéré SCORE [1%-5% [< 1,00 g/l (2,60 mmol/l)
Risque élevé SCORE [5%-10% [< 0,70 g/l (1,80 mmol/l)
Risque très élevé SCORE > 10%	< 0,55 g/l (1,44 mmol/l)

* ECS/EAS Guidelines for the Management of Dyslipidaemias - European Heart Journal (2019)

TRANSAMINASES SGOT 19 UI/l
 (Enzymatique - Alinity ABBOTT) (5-34)

TRANSAMINASES SGPT 24 UI/l
 (Enzymatique - Alinity ABBOTT) (0-55)

GAMMA GLUTAMYLTRANSFERASE. 46 UI/l
 (Enzymatique - Alinity ABBOTT) (12-64)

Ch. MAHOU A. SECK T.A. DIALLO B. NDIAYE A. DIOP R. DERWICHE

Conformément à la législation et à la norme, votre échantillon biologique sera éliminé à l'issue du délai normal de conservation ou utilisé ou transféré, de manière anonyme et respectant le secret médical, à des fins scientifiques ou de contrôle qualité, sauf avis contraire de votre part formulé par écrit à l'attention de notre Secrétaire Médical.

Les résultats identifiés par ❖ sont couverts par l'accréditation SOAC N°BM23001, selon la norme ISO/CEI 15189 : 2012



Convocation à des formalités médicales

ORGANISME PRETEUR : CBAO DATE : 04/10/24

AGENCE : Porte Foire CODE AGENCE : 01211

PROPOSITION DE SOUSCRIPTION N° CONTRAT : 95200 0038670

ASSUREMPRUNT

ASSURCOMPTE

NOM : Hansal PRENOM : Malick

DATE & LIEU DE NAISSANCE : 04/10/78 AGE : 47ans

Montant Garantis : 40 000 000 Durée : 48 (Mois)

CIN : 1070198201012 TEL : 77634 4821

CONTRATS EN COURS

N°CREDIT	N°CONTRAT	MONTANT DE L'ENCOURS	DUREE RESTANT A COUVRIR
<u>925358</u>	<u>95200-0074637</u>	<u>713578</u>	<u>6 mois</u>
<u>697047</u>	<u>95200-0038670</u>	<u>40 000 000</u>	<u>48 mois</u>
		<u>40 713 578</u>	
TOTAL A ASSURER			

Nous vous prions de vous présenter au préalable chez le Médecin conseil, muni de votre carte d'identité et les justificatifs ci-après :

Déclaration de Santé

Questionnaire Médical

Carte d'identité nationale

Reçu de la demande

j'accepte que mon Etat de santé me soit Directement communiqué Par le médecin conseil De la compagnie	Je souhaite que mon état de santé soit communiqué par mon médecin dont les coordonnées ci dessous Nom/prénom Adresse Tél/FAX/email
---	---

Médecin conseil Wafa : ; Tél :

Adresse :

SIGNATURE ET CACHET AGENCE

DATE ET SIGNATURE DE L'ASSURE



[Date]

A Remplir soigneusement par l'organisme prêteur et à remettre obligatoirement au médecin conseil par la personne assurée. Tous les champs doivent être impérativement renseignés au risque de rejeter la convocation.

