

## Rapport Médical

### Contrat :

De M. le Dr.

HUSSAIN KADIMA

Sur M.

Sy HAMADY

demeurant à

DAKAR

E-mail : [hamady\\_sy@Gmail.com](mailto:hamady_sy@Gmail.com) tél. : +223 33 43 43 cel. :

#### Déclarations de la personne à assurer recueillies et rédigées par le médecin

1°) Nom et prénoms ? Date et lieu de naissance ? Professions actuelles et antérieures ? Votre profession comporte-t-elle une activité manuelle ou des déplacements fréquents ? Pratiquez-vous des sports de compétition ? lesquels ?			<p>Sy HAMADY /18/04/1977 à PARIS/FRANCE → ÉCONOMISTE → Déplacement fréquents (Voyage Afrique) → Pas de sport de Compétition</p>
2°) Parenté	Age si vivant	Age au décès	État de santé ou cause et date du décès
Père Mère Frères et Soeurs Conjoint Conjoint antérieur s'il y a lieu Enfants	80 ans 80 ans 43 ans 45 ans  12 ans / 10 ans	✓	Bon état de santé général
Y a-t-il ou y a-t-il eu dans votre famille des cas de maladie héréditaire ou familiale ? de suicide ? de tuberculose ? de diabète ? chez qui et quand ?			Pere diabetique depuis 20 ans. Ailleurs N/A
3°) Service militaire. Exempté ou ajourné ? Quand ? Pourquoi ? Service armé ou auxiliaire ? Quand ? Pourquoi ? Hospitalisation pour blessures ou maladies pendant le service ? Quand ? Lesquelles ? Réforme temporaire ou définitive, avec ou sans pension ? Quand ? Pourquoi ? (indiquez le taux d'invalidité et le libellé exact du ou des motifs successifs de pension).			✓
4°) Passé pathologique. (pour toutes les maladies, préciser date, durée et suites). A - Maladies :			N/A ✓
Affection pulmonaire ? Crachement de sang ? Tuberculose des poumons ou d'autres localisations ? Maladie du cœur ou des vaisseaux ? Rhumatisme articulaire aigu ? Palpitations ? Essoufflement ? Oedème des jambes ? Maladie du tube digestif ou du foie ? Ulcère gastrique ? Coliques hépatiques ? Coliques néphrétiques ? Hématuries ? Albuminurie ? Diabète ? Crises de goutte ?			

<p>Troubles nerveux (paralysies, crises convulsives, spasmes, vertiges) ?</p> <p>Crises de dépression, de neurasthénie ou autre troubles psychiques ? Séjour pour ces crises en maison de santé ?</p> <p>Electrochocs ?</p> <p>Asthme, rhume des foins, eczéma ?</p> <p>Ottites ? Troubles de la vue ?</p> <p>Rhumatismes ou autres maladies ostéo-articulaires ?</p> <p>Anémie ? Hémorragies diverses ?</p> <p>Maladie sexuelle (chancre, syphilis, gonococcie) ?</p> <p>Toute autre maladie que celles mentionnées ?</p> <p>Pension d'invalidité pour maladie</p> <p>(Quand, pourquoi, taux) ?</p>	<p>NAS ↗</p>
<p>B - Opérations ? Quand ? Pourquoi ? Résultats ?</p>	<p>fracture du nez : rhinoplastie ↗</p>
<p>C - Accidents graves ? Quand ? Suites ? Pension d'invalidité (date, motif, taux) ?</p>	<p>↗</p>
<p>D - Séjours dans hôpital, maison de santé, sanatorium, station thermale (où, quand? pourquoi) ?</p>	<p>↗</p>
<p>E - Un traitement est-il ou a-t-il été suivi ?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- par piqûres ou rayon X,</li> <li>- médication prescrite : - nature</li> <li>- quantité</li> </ul> <p>- quand, pourquoi ?</p> <p>Examen spéciaux (électrocardiogrammes, radioscopies, radiographies, examen du sang) ?</p> <p>Quand ? Pourquoi ? Résultats ?</p>	<p>↗</p> <p>Chaque Année belle annuelle ↗</p>
<p>F - Vous sentez-vous en bonne santé ?</p> <p>Avez-vous consulté un médecin récemment ?</p> <p>Pourquoi ?</p> <p>Variations du poids dans les dernières années ?</p> <p>Régime ? Habitudes en ce qui concerne le vin et les boissons alcoolisées ?</p> <p>Quelle quantité de tabac fumez-vous ?</p>	<p>oui</p> <p>Non</p> <p>Non</p> <p>Non</p> <p>Non</p>
<p>5°) Séjours hors de Côte d'Ivoire (où, quand, durée) ?</p> <p>Maladies, en particulier paludisme et dysenterie amibienne (donner toutes précisions).</p>	<p>Afrique / vit à Dakar ↗</p>
<p>6°) Questions spéciales aux femmes :</p> <p>Règles normales ? Perte de sang entre les règles ?</p> <p>Maladie de l'utérus ou des ovaires ?</p> <p>Nombre de grossesses ?</p> <p>Accouchements à terme ? normaux ou compliqués ?</p> <p>Application de forceps ? Césarienne ?</p> <p>Etes-vous enceinte ? De combien ?</p> <p>Grosesse dans les seins ?</p>	<p>↗</p>
<p>7°) Avez-vous fait ou a-t-il été fait sur votre tête des propositions d'assurances refusées, ajournées, restées sans suite, acceptées à tarif normal ou majoré ou avec réduction de durée ?</p> <p>Quand ? Quelles compagnies ?</p>	<p>Non</p>

Je soussigné Dr Hugues KETABDA certifie  
que la signature de M. Houandy Sy  
(1) a été apposée en ma présence.

*Signature et cachet du médecin examinateur*

Dr. Hussein Khadra  
Cardiologist

Tél. +221 77 752 70 70

(1) Si vous ne connaissez pas le titulaire, indiquer comment il a justifié son identité, ainsi que le numéro et la date de délivrance de la pièce d'identité présentée.

Je soussigné, certifie l'exactitude des déclarations ci-dessus  
A DAKAR le 15/09/2014

*Signature de la personne à assurer*

Examen médical du proposant (répondez à toutes les questions avec précision - au besoin, ajoutez un feuillet)			
1° Aspect général : teint ? Paraît-il son âge ? Etat de la peau ? Eruptions ? Cicatrices ? Signes d'alcoolisme avéré ou présumé ? Musculature ? Maigreur ? Obésité ?		Bon ; Ni Bon aspect de la peau. Musculature normale.	
Taille (chaussé ou non) : 1m85 Périmètre thoracique ; en inspiration : 39	Poids (vêtu ou non) En expiration : 76kg	(mesurés ou évalués)	Périmètre à l'ombilic : 34
2° Système nerveux : troubles de la parole ? Troubles de l'équilibre ? Tremblement ? 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, préciser les séquelles (céphalées, vertiges, crises ou équivalents comiliaux) et l'état de la brèche.		NON NON NON NON Normal Normal	
3° Organes des sens ? Troubles oculaires ? auditifs ? Acuité visuelle avec ou sans verres ? Acuité auditive ? Vertiges ? Otorrhée ? Tarié depuis quand ?		5/5 OB et 5/5 OC. Ailleurs N/A.	
4° Appareil respiratoire : Troubles fonctionnels (voix, dyspnée, toux, crachats, hémotysie) ? Conformation générale du thorax : Examen clinique : Examen radioscopique éventuel :		∅ Normal Normal	
5° Appareil circulatoire : Troubles fonctionnels (dyspnée, palpitations, douleurs, syncopes) ? Examen clinique du cœur (préciser les caractères des bruits anormaux). Fréquence du pouls ? Arythmie ? Etat de l'aorte et des artères périphériques ? Etat du système veineux ? Oedème des jambes ? Examen radioscopique éventuel ?		∅ Absence de troubles CV.	
Tension artérielle : Maxima : Minima : Heure : Appareil :			
6° Appareil digestif et annexes : Fonctions digestives ? Douleurs ? Appétit ? Soif ? Diarrhée ? Constipation ? Bouche, langue, denture, leucoplasie ? Percussion et palpation du foie ? subictère ? Percussion et palpation de la rate ? Tumeur abdominale ? Hernie ? réductible ? maintenue par bandage ?		Absence d'anomalie Appareil digestif	
7° Etat du dos et des articulations : Signes fonctionnels et physiques ? Résultat des radiographies ?		Normal	
8° Ganglions lymphatiques anormaux : Siège ? Volume ? Consistance ? Mobilité ?		Assez ganglionneux lâche.	

9° Glandes endocrines : Anomalies ? Goître ? Signes d'hyperthyroïde ?			
10° Appareil génito-urinaire : Palper des reins ? Anomalies des mictions	Normal		
Examen des urines émises en présence du médecin : Albumine :  sucre :  pus :  sang :			
Palper des testicules.	Normal		
Conformation extérieure du bassin ? Causes possibles de dystocie ? Examen local si nécessaire ? Signes de grossesse ? Examen des seins ?			
Conclusions			
Résumez antécédents et constatations. Insistez sur les possibilités d'artérosclérose, rhumatisme chronique, alcoolisme, tuberculose, syphilis. Faites-vous des réserves sur la durée demandée et sur des risques d'invalidité partielle ou totale ?	  		

Je certifie avoir répondu sincèrement, sans aucune réticence et n'avoir rien dissimulé sur mon état de santé passé ou actuel et prends acte que toute réticence ou fausse déclaration de ma part entraînera la nullité du contrat. J'autorise expressément la compagnie à prendre toutes les informations qu'elle jugerait utiles et nécessaires auprès des médecins qui m'ont soigné. J'autorise ces médecins à communiquer à la Compagnie tous les renseignements demandés.

Fait à .... Dakar ..... le 15/09/2011  
Nom & signature du médecin examinateur

Dr. Hussein Khadra  
Cardiologue  
Tél. : +221 77 752 70 70  
husseinkhadra10@gmail.com

Signature du proposant précédée de la mention « lu et approuvé »

"lu et approuvé"

Honoraires dus à M. le Docteur .....  
Adresse .....  
Mode de paiement désiré .....  
de M .....  
Agence .....  
Agent .....  
Identification du praticien .....

Hussein KHADRA  
Classe du CAP  
MOBILE MONEY

pour l'examen ..... francs

Date et signature