

SECURITE SOCIALE

QUESTIONNAIRE MEDICAL

Etabli par le médecin traitant et adressé au médecin conseil, sous pli confidentiel en même temps que la prescription de cure thermales deux documents devront être remis à l'assuré (e).

CURE THERMALE

NOM : PRENOM :
ADRESSE :
NOM : PRENOM :
N° D'IMMATRICULATION : ADRESSE :
CENTRE DE PAIEMENT : EMPLOYEUR :

Maladies importantes antérieures à l'affection actuelle :

CURES ANTERIEURES

Diagnostic de l'affection invalidante

Traitement suivi depuis le début de l'affection

Médical :

Chirurgical (Date de l'intervention chirurgicale éventuelle, type, protocole opératoire.)

Autres :

ANTECEDENTE

FAMILIAUX :

PERSONNELS :

AFFECTION CONGENTALE :

MALADIES :

INTERVENTION CHIRURGICALE :

ETAT GENERAL :

POIDS : TAILLE :

EXAMEN CARDIO - VASCULAIRE :

a - COEUR : RYTHME :

b - VAISSEAUX : VEINES :

c. RESULTAT D'EXAMEN COMPLEMENTAIRE EVENTUEL :

EXAMEN DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR :

a - AFFECTION INVALIDANTE :

b - EXAMEN FONCTIONNEL :

- DOULEUR :

- IMPORTANCE :

- INFLAMMATION :

o - EXAMEN ARTICULAIRE :

- MOBILITE DE L'ARTICULATION TOUCHE :

- MOBILITE DE L'ARTICULATION SUS - JACENTE :

- MOBILITE DE L'ARTICULATION SOUS - JACENTE :

d - SEGMENT OSSEUX TOUCHES :

e - EXAMEN MUSCULAIRE :

AMYOTROPHIE :

PARALYSIE :

EXAMEN DES TEGUMES :

EXAMEN DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE :

EXAMEN RHINO LARINGOLOGIQUE :

EXAMEN DE L'APPAREIL GENITAUX URINAIRE :

EXAMEN DES APPAREILS :

EXAMEN COMPLEMENTAIRE :

a - Laboratoire :

- Glycémie :

b - Radiologie

c - Autres

CONCLUSION DE L'EXAMEN :

DESIGNATION DE L'ETABLISSEMENT PROPOSE :

DUREE PROBABLE DE SEJOUR :

Je soussigné Docteur : médecin - traitant, atteste

qu'il n'existe aucune contre indication à la cure

qu'il existe une contre indication à la cure .

(Barrer le mention inutile) .

Fait a : le

Signature , Cachet et Adresse du Médecin - Traitant.