

NOM et Prénom :

	NON	OUI	Commentaires	Dates
Traitement chirurgical* :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Pontage coronaire :				
Greffon veineux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Localisation(s) : <input type="text"/>	<input type="text"/>
Greffon artériel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Résultat : <input type="text"/>	<input type="text"/>
Angioplastie simple	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Localisation(s) : <input type="text"/> Résultat : <input type="text"/>	<input type="text"/>
Angioplastie + stent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Localisation(s) : <input type="text"/> Résultat : <input type="text"/>	<input type="text"/>
Anévrismectomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Résultat : <input type="text"/>	<input type="text"/>
Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Préciser : <input type="text"/>	<input type="text"/>

Evolution :

Progression post-opératoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Préciser : <input type="text"/>	<input type="text"/>
Angor post-infarctus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>
Investigations ou opérations envisagées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Préciser : <input type="text"/>	Quand ? : <input type="text"/>

Examens réalisés au cours des 12 derniers mois :

Epreuve d'effort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Pourcentage de FMT atteint <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Anormale* Préciser : <input type="text"/>	<input type="text"/>
Fraction d'éjection ventriculaire gauche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ≥ 50 <input type="checkbox"/> De 49 à 45 <input type="checkbox"/> De 44 à 40 <input type="checkbox"/> De 39 à 35 <input type="checkbox"/> ≤ 34 <input type="checkbox"/> Méthode utilisée : <input type="text"/>	<input type="text"/>
Echocardiographie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Anormale* Préciser : <input type="text"/>	<input type="text"/>
E.C.G. de repos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal* Préciser : <input type="text"/>	<input type="text"/>
Scintigraphie au Thallium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Anormale*	<input type="text"/>
Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Préciser : <input type="text"/>	<input type="text"/>

Facteurs de risque :

Hérédité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère	
Tabac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Fumeur actuel <input type="checkbox"/> Ancien fumeur Consommation <input type="text"/> / jour Date d'arrêt : <input type="text"/>	
Cholestérol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Total : <input type="text"/> HDL : <input type="text"/>	<input type="text"/>
Diabète sucré	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>
Stress	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>
Hypertension artérielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Traitement : <input type="text"/>	<input type="text"/>

NOM et Prénom :

	NON	OUI	Commentaires	Dates
Limitation de l'activité physique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Classification NYHA <input type="checkbox"/> CL II <input type="checkbox"/> CL III <input type="checkbox"/> CL IV	
Absentéisme (au cours des 3 dernières années) pour raisons cardiovasculaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Préciser : <input type="text"/> Le : <input type="text"/> Reprise : <input type="text"/>	

Taille : cm Poids : kg Pouls :
Tension artérielle : / Date : / / Traitée :

***IMPORTANT : La communication du protocole de tout examen anormal, des tracés électrocardiographiques, des coronaro et ventriculographies, ainsi que des bilans pré- et post- opératoires est indispensable.**

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraîne la nullité de l'assurance (art. L.113/8 du Code des Assurances)
Veuillez adresser directement ce questionnaire sous pli confidentiel au :
MetLife - DIP - à l'attention du Médecin Conseil - Cœur Défense - Tour A - 110, Esplanade du Général de Gaulle - 92931 LA DEFENSE CEDEX.

Informatiques et libertés : Les informations recueillies sur ce document sont nécessaires à l'étude et au traitement de votre demande qui se fera dans le strict respect du secret médical. Par votre signature, vous consentez expressément au traitement de vos données médicales par MetLife, ses mandataires et réassureurs. Vous pouvez, conformément à la Loi informatique et Libertés du 6 janvier 1978, modifiée en 2004, y accéder, les faire rectifier ou vous opposer à leur traitement pour des motifs légitimes, en adressant un courrier accompagné d'un justificatif d'identité à MetLife - Cœur Défense - Tour A - 110, Esplanade du Général de Gaulle - 92931 LA DEFENSE CEDEX, à l'attention du « Médecin Conseil » en précisant vos nom, prénom et si possible votre référence client.

Fait à Le / /


Signature du médecin traitant