QUESTIONNAIRE MEDICAL

Référence du dossier :

Cher confrère,
Merci de compléter ce questionnaire afin de donner une suite éventuelle à la demande de remboursement des frais de voyage de ..... . Tout questionnaire incomplet sera retourné.

NOM et PRENOM du patient : _____ **Age : _____**ans

Suivi auprès de votre Cabinet depuis le :

ANTECEDENTS – DATES :

Principaux :

En rapport avec les motifs ci-dessous :

Date de l'épisode identique antérieur :

MOTIFS DE L'ANNULATION :

Le patient devait-il participer au voyage prévu : **OUI – NON**

Si oui : ✧ vous a-t-il consulté sur la faisabilité avant l'inscription ? **OUI-NON**

✧ **date à laquelle le voyage prévu est devenu contre-indiqué : _____**

Lors de la contre-indication à voyager, avez-vous rédigé une ordonnance ? **OUI – NON**

Si oui, à quelle date ? .....

Date de la 1ère manifestation : Date de la 1ère consultation :

DIAGNOSTIC ET HISTORIQUE DE LA MALADIE / ACCIDENT EN PRECISANT LES DATES :

- -
- -

- Arrêts de travail : Du .....au ..... / Du .....au .....
- Hospitalisations : Du .....au ..... / Du .....au .....
- Examens complémentaires : **OUI – NON** Si oui :

Nature : Date : .....

Nature : Date : .....

Le traitement :

- Ce traitement était-il en cours avant la contre indication : **OUI – NON**
- Le médecin a-t-il remis des médicaments : **OUI – NON**
- Traitement habituel par ailleurs :
- Affection de longue durée : OUI – NON Si oui, laquelle et à quelle date?
-

Date et signature du patient confirmant l'exactitude des informations :

Date, cachet et signature du médecin :

Réf. 111220OM