



QUESTIONNAIRE MEDICAL

N° Immatriculation

IMPORTANT

Le présent questionnaire doit être renseigné par le médecin traitant et adressé au médecin conseil sous pli confidentiel, en même temps que la prescription médicale.

Les deux documents devront être remis à l'assuré(e) social(e).

☐ CURE THERMALE

(1) ☐ CURE SPECIALISEE

☐ CURE DE REEDUCATION FONCTIONNELLE

Nom et Prénom de l'Assuré(e) Social(e) :

Date de Naissance :

Profession :

Bénéficiaire : (1) ☐ Assuré(e) Social(e) ☐ Ayant-Droit

Nom et Prénom du Bénéficiaire :

Date de Naissance :

I - ANTECEDENTS :

A. Familiaux :

.....

.....

.....

B. Personnels :

- Affection congénitale :

.....

.....

.....

- Maladies :

.....

.....

.....

- Intervention chirurgicale :

.....

.....

.....

II - EXAMENS CLINIQUES :

- Etat général :

- Poids :

1) EXAMEN CARDIO-VASCULAIRE :

A. Coeur :

- Rythme :

- Fréquence :

- T.A :

B. Vaisseaux :

- Veines :

- Artères :

C. Résultats d'examens complémentaires éventuels :

.....

.....

.....

2) EXAMEN DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR :

A. Affections invalidantes :

.....
.....
.....

B. Examen Fonctionnel :

.....
.....

- Douleur :

- Impotence :

- Inflammation :

C. Examen Articulaire :

- Mobilité de l'articulation sous-jacente :

.....
.....

D. Segments osseux touchés :

.....
.....

E. Examen Musculaire :

.....
.....

- Amyotrophie :

- Paralysie :

3) EXAMEN DES TEGUMENTS :

.....
.....

4) EXAMEN DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE :

.....
.....

5) EXAMEN OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUE :

.....
.....

6) EXAMEN DE L'APPAREIL DIGESTIF :

.....
.....

7) EXAMEN DE L'APPAREIL GENITO-URINAIRE :

.....
.....

8) EXAMEN DES AUTRES APPAREILS :

.....
.....

III - EXAMENS COMPLEMENTAIRES :

A. Biologiques :

.....

B. Radiologie :

.....

C. Autres :

.....

Conclusion de l'examen :

.....

.....

.....

.....

.....

Désignation de l'établissement proposé :

.....

Durée probable du séjour (en cas de cure spécialisée ou de cure de rééducation fonctionnelle) :

.....

Uniquement pour la cure de rééducation fonctionnelle

L'état de santé du malade (bénéficiaire) nécessite-il l'assistance d'une tierce personne ? ⁽¹⁾ ☐ OUI ☐ NON

Veillez préciser le motif :

NB : Si "OUI", veuillez mentionner la nécessité de l'assistance d'une tierce personne sur la prescription médicale de demande de cure.

DECLARATION

Je soussigné Docteur : Médecin traitant atteste

- (1) ☐ Qu'il n'existe aucune contre indication à la cure.
☐ Qu'il existe une contre indication à la cure.

Fait à le,

Signature et cachet du Médecin traitant