


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. 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 1^{ère} manifestation : ___/___/___ Date de la 1^{ère} consultation : ___/___/___

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

- 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 :

___/___/___