

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 1^{ère} manifestation :

Date de la 1^{ère} consultation :

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

- -
- -

• Arrêts de travail : Duau / Duau

• Hospitalisations : Duau / Duau

• 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 :