

ETES-VOUS OU AVEZ-VOUS ETE ATTEINT CES 10 DERNIERES ANNEES

D'une affection du cœur ou des vaisseaux (hypertension artérielle, troubles du rythme, souffle, infarctus du myocarde, angine de poitrine, artérite, insuffisance cardiaque, malformation...) ?	<input type="checkbox"/>	Laquelle ? Depuis quand ?
D'une affection ou allergie respiratoire (asthme, bronchite, pleurésie, emphysème, tuberculose, insuffisance respiratoire...) ?	<input type="checkbox"/>	Laquelle ? Depuis quand ?
D'une affection neurologique (Parkinson, épilepsie, perte de connaissance, attaque cérébrale, hémorragie, paralysie, myopathie...) ?	<input type="checkbox"/>	Laquelle ? Depuis quand ?
D'une affection psychique (dépression nerveuse, troubles de la mémoire, confusion, désorientation, troubles de la parole...) ?	<input type="checkbox"/>	Laquelle ? Depuis quand ?
D'une affection des os ou des articulations (scoliose, lumbago, sciatique, hernie discale, arthrose de hanche, arthrose des genoux, rhumatisme, troubles de la marche...) ?	<input type="checkbox"/>	Laquelle ? Depuis quand ?
D'une affection des organes des sens (troubles de l'audition, vertiges, glaucome, cataracte, myopie, rétinopathie...) ?	<input type="checkbox"/>	Laquelle ? Date d'apparition ? Date et nature du traitement ? Date et nature de l'intervention chirurgicale éventuelle ?
Autres affections, (digestive, urinaire, rénale, hormonale, cutanée, déficience immunitaire...) ?	<input type="checkbox"/>	Laquelle ? Depuis quand ?
Consultez-vous régulièrement votre médecin et/ou suivez-vous actuellement un traitement de manière permanente ou épisodique ?	<input type="checkbox"/>	Pourquoi ? Depuis quand ? Nature du traitement ?
Joindre copie de vos dernières ordonnances		
Allez-vous être hospitalisé, opéré, recevoir un nouveau traitement, subir des examens de laboratoire ou d'autres examens ?	<input type="checkbox"/>	Pourquoi ? Quand ? Lequel ?
N.B. Vous pouvez accélérer l'étude de votre dossier en joignant à ce questionnaire toute copie de document se rapportant à votre santé (compte rendu d'hospitalisation, d'opération, résultat d'examens médicaux, ordonnances...).		
Vous êtes habilité à demander communication ou rectification de toute information vous concernant qui figurerait sur des fiches à l'usage de la CNP, conformément à la Loi Informatique et Liberté.		
Fait à _____, le _____ Signature		
Tout questionnaire incomplet sera retourné.		

CE DOCUMENT EST DESTINE A LA CNP

Il peut être joint tel quel à votre dossier d'adhésion ou, si vous le souhaitez, mis sous pli confidentiel à l'attention du « Médecin Conseil » de la CNP