

Document confidentiel à remplir exclusivement par le médecin gastro-entérologue.

N° de proposition :

Nom et prénom(s) de la personne à assurer :

Date de naissance : [___/___/___]

Sexe : Masculin r Féminin r

Profession :

Tabac : OUI r début année : nombre de cigarettes : [___] /j
nombre de paquets par année [___]

NON r Jamais r Arrêt depuis l'année.....r

Informations concernant la MC

Date des premiers signes de la MC : [___/___/___] Date du diagnostic (1) : [___/___/___]

Localisation :	Initiale	Cumulée (2)	Diagnostic initial
Œsophage, Estomac, Duodénum	[___]	[___]	MC [___]
Jéjunum proximal	[___]	[___]	RCH [___]
Jéjunum distal	[___]	[___]	Indéterminé [___]
Iléon proximal	[___]	[___]	
Iléon distal	[___]	[___]	Diagnostic cumulé
Caecum/ascendant	[___]	[___]	
Transverse/descendant	[___]	[___]	MC [___]
Colon descendant	[___]	[___]	Indéterminé [___]
Colon sigmoïde	[___]	[___]	
Rectum	[___]	[___]	
Lésions ano-périnéales	[___]	[___]	

Manifestations extradigestives	OUI r	NON r
- Articulaires	[_____]	[_____]
- Cutanées	[_____]	[_____]
- Hépatobiliaires	[_____]	[_____]
- Vasculaires	[_____]	[_____]
Complications	[_____]	[_____]
Maladies associées	[_____]	[_____]

Traitement médical cumulé

Date de début immunosuppresseurs [___/___/___]

Traitement topique	[___]	Corticoïdes per os	[___]	Azathioprine	[___]
Salicylés	[___]	Cort.IV/Truelove	[___]	Méthotrexate	[___]
Métronidazole/ciflox	[___]	Nutrition artificielle	[___]	Autres	[_____]

(1) Date de constatation objective des signes endo ou radio de la maladie

(2) Cumul de tous les segments qui sont ou ont été atteints

Traitement chirurgical cumulé

Date de 1^{ère} exérèse [___/___/___] Indication [_____]
 Date de 2^{ème} exérèse [___/___/___] [_____]

Réséction isolée du grêle	[___]		
Réséction iléo-caecale	[___]	Stomie définitive	[___]
Colectomie segmentaire	[___]		
Colectomie totale AIR	[___]		
Colo-proctectomie AIA	[___]	Stricturoplastie (s)	[___]
Réséction itérative	[___]	Interventions proctologiques (Abcès – fistule)	[___]

Informations concernant les cinq dernières années

Date de dernière poussée [___/___/___]					
	Il y a 4 ans	Il y a 3 ans	Il y a 2 ans	Il y a 1 an	Actuellement
Maladie quiescente	[___]	[___]	[___]	[___]	[___]
Poussée	[___]	[___]	[___]	[___]	[___]
M chronique active	[___]	[___]	[___]	[___]	[___]
Lésions proctologiques	[___]	[___]	[___]	[___]	[___]
Corticothérapie orale	[___]	[___]	[___]	[___]	[___]
Immunosuppresseurs	[___]	[___]	[___]	[___]	[___]
Chirurgie	[___]	[___]	[___]	[___]	[___]

Situation actuelle

Date [___/___/___] Poids (kg) [_____] Taille : [_____]
 Traitement en cours : [_____]
 [_____]
 [_____]

Nous joindre systématiquement :

- compte rendu opératoire
- dernier compte rendu d'hospitalisation
- dernier bilan endoscopique et radiologique

Veillez faire précéder la signature et le cachet du médecin gastro-entérologue de la mention manuscrite suivante : « attestation confidentielle rédigée et remise en main propre à M. ou Mme XX sur sa demande ».

Signature du médecin :

Cachet du médecin :

Fait à :

Le :

Nous vous signalons que les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à la gestion de la demande en cours. De ce fait, ce document sera transmis au Service Médical d'Allianz et de son réassureur si nécessaire, dans le respect du secret médical.

Conformément à la loi "informatique et libertés" du 6 janvier 1978, telle que modifiée par la loi du 6 août 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de modification, de rectification, de suppression et d'opposition relatif aux données vous concernant en adressant votre demande à Allianz - Informatique et Libertés - Case courrier 1304 - Tour Neptune - 20 place de Seine - 92086 PARIS LA DEFENSE CEDEX, ou par courriel : DQRCDDV@allianz.fr.