

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 RCH

Date des premiers signes de la RCH : [__/__/__] Date du diagnostic (1) : [__/__/__]

Localisation :	Initiale	Cumulée (2)	Diagnostic initial
Caecum	[__]	[__]	RCH [__]
Colon droit	[__]	[__]	MC [__]
Colon transverse	[__]	[__]	Indéterminé [__]
Colon descendant	[__]	[__]	
Colon sigmoïde	[__]	[__]	Diagnostic cumulé
Rectum	[__]	[__]	RCH [__]
			Indéterminé [__]

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

Traitement médical cumulé

Salicylés en lavement [__] Corticoïdes en lavement [__] Autres [__]
 en suppositoires [__] Corticoïdes per os [__]
 Salicylés per os [__] Cort.IV/Truelove [__]
 Immunosuppresseurs [__]

Date de début immuno-suppresseurs [__/__/__]

(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

Colectomie totale AIR []
Colo-proctectomie AIA []
Iléostomie définitive []

Informations concernant les cinq dernières années

Date de dernière poussée []/[]/[]

Table with 6 columns: Maladie quiescente, Poussée, Evolution subaiguë, Salicylés, Corticothérapie orale, Immunosuppresseurs, Chirurgie. Rows represent time intervals: Il y a 4 ans, Il y a 3 ans, Il y a 2 ans, Il y a 1 an, Actuellement.

Si mise en route du traitement immunosuppresseurs date []/[]/[]

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.