

# Rapport d'examen médical

## du médecin examinateur

Le médecin examinateur est prié de répondre, après vérification de l'identité de la personne à assurer, à toutes les questions de manière claire, précise et lisible à l'aide d'un stylo à encre noire, de cocher les cases correspondantes et de commenter les éventuelles anomalies constatées. Ce document est à transmettre, par la personne à assurer, sous pli cacheté et confidentiel au Médecin Conseil du Service Médical d'AFI ESCA, 4 Square Dutilleul 59042 Lille Cedex.

### Identité de la personne à assurer

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance :

Examen médical effectué le :

par le Docteur : \_\_\_\_\_

Questions ↓

Répondre par  
Oui ou par Non ↓

Si Oui, veuillez donner toute précision  
(motif, date, résultat, etc...) ↓

1	a) Avez-vous déjà soigné la personne à assurer ?	<input type="checkbox"/>	Dates : _____
	b) Connaissez-vous la personne à assurer pour d'autres raisons ?	<input type="checkbox"/>	Motif : _____ Lesquelles : _____
2	La personne à assurer est-elle actuellement sous surveillance ou en traitement médical ?	<input type="checkbox"/>	Lequel : _____ Depuis quand : _____ Motif : _____
3	<b>Constitution :</b> Taille : <input type="text"/> CM		Poids : <input type="text"/> KG
4	<b>Généralités :</b> a) Existe-t-il des anomalies congénitales et de la croissance ? b) Y a-t-il des malformations ou des signes de mutilation ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Lesquelles : _____ Lesquels : _____
5	<b>Habitudes :</b> a) La profession, les occupations ou les habitudes de la personne à assurer peuvent-elles nuire à sa santé ? b) Y a-t-il des signes suggérant une consommation d'alcool excessive, des indices d'abus de tabac, de médicaments ou d'usage de stupéfiants ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Lesquelles : _____ Lesquels : _____
6	<b>Système endocrinien :</b> Votre examen met-il en évidence une anomalie ?	<input type="checkbox"/>	Laquelle : _____
7	<b>Psychiatrie</b> Y a-t-il des troubles du comportement ou des signes pouvant évoquer une affection psychiatrique ?	<input type="checkbox"/>	Lesquels : _____
8	<b>Système nerveux et muscles :</b> Constatez-vous une symptomatologie évocatrice d'une atteinte du système nerveux ou d'une myopathie ?	<input type="checkbox"/>	Laquelle : _____
9	<b>Os, articulations et tissu conjonctif :</b> Votre examen met-il en évidence un état pathologique ?	<input type="checkbox"/>	Lequel : _____
10	<b>Appareil auditif :</b> a) Y a-t-il une affection de l'appareil auditif ? b) Y a-t-il une baisse de l'acuité auditive ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Laquelle : _____ <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G Degré : _____ <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G
11	<b>Appareil oculaire :</b> a) Y a-t-il une affection des yeux ? b) Y a-t-il une baisse de l'acuité visuelle ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Laquelle : _____ Acuité <u>sans</u> correction : OD _____ OG _____ Acuité <u>avec</u> correction : OD _____ OG _____ Dioptries : OD _____ OG _____
12	<b>Appareil respiratoire :</b> a) Existe-t-il des antécédents ? b) Votre examen met-il en évidence une anomalie ?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Lesquels : _____ Laquelle : _____

Questions ↓

Répondre par  
Oui ou par Non ↓

Si Oui, veuillez donner toute précision  
(motif, date, résultat, etc...) ↓

**Appareil cardiovasculaire :**

- 13**
- a) Existe-t-il des antécédents ?
  - b) Existe-t-il un trouble du rythme ?
  - c) Les bruits du cœur sont-ils anormaux ?
  - d) Entendez-vous un souffle cardiaque ?
  - e) Existe-t-il une anomalie d'un pouls périphérique ?
  - f) Entendez-vous un souffle artériel périphérique ?
  - g) Existe-t-il une pathologie veineuse ?

  
  
  
  
  
  


Lesquels : \_\_\_\_\_  
 Lequel : \_\_\_\_\_  
 Type : \_\_\_\_\_  
 Systolique Intensité : \_\_\_\_\_  
 Diastolique Intensité : \_\_\_\_\_  
 Localisation(s) : \_\_\_\_\_  
 Localisation(s) : \_\_\_\_\_  
 Laquelle : \_\_\_\_\_ Importance : \_\_\_\_\_

**Tension artérielle :**

**14** Systolique : \_\_\_\_\_ Diastolique : \_\_\_\_\_  Non traitée  Traitée Fréquence du pouls : \_\_\_\_\_

Si les chiffres tensionnels sont supérieurs à 15/9 ou si la fréquence du pouls est supérieure à 90, veuillez effectuer un contrôle en fin d'examen après repos.

**Contrôle éventuel :** Systolique : \_\_\_\_\_ Diastolique : \_\_\_\_\_ Fréquence du pouls : \_\_\_\_\_

**Appareil digestif :**

- 15**
- a) L'examen de la cavité buccale révèle t-il une anomalie ?
  - b) La palpation de l'abdomen décèle-t-elle un état pathologique ?
  - c) Y a-t-il une hépatomégalie ?
  - d) Y a-t-il une splénomégalie ?
  - e) Y a-t-il une hernie, une éventration ?

  
  
  
  


Laquelle : \_\_\_\_\_  
 Lequel : \_\_\_\_\_  
 De combien de cm : \_\_\_\_\_ Consistance : \_\_\_\_\_  
 Degré : \_\_\_\_\_ Consistance : \_\_\_\_\_  
 De quelle nature : \_\_\_\_\_

**Appareil urogénital :**

- 16**
- a) Existe-t-il une anomalie des organes génitaux ou des seins ?
  - b) Examen de l'urine à réaliser sur bandelette (l'urine doit être émise chez le médecin)

Laquelle : \_\_\_\_\_

	Négatif	Traces	+	++	+++
<b>Albumine</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Sucre</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Sang</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Pus</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Interprétation : \_\_\_\_\_  
 Autres substances anormales ?  Oui  Non Si Oui, lesquelles : \_\_\_\_\_  
 Dosages : \_\_\_\_\_

**Peau :**

- 17**
- Y a-t-il une affection cutanée, des phanères ou la présence de cicatrices ?

Laquelle : \_\_\_\_\_  
 Localisation : \_\_\_\_\_

**Ganglions lymphatiques :**

- 18**
- Y a-t-il une augmentation de volume des ganglions lymphatiques ?

Localisation : \_\_\_\_\_  
 Cause : \_\_\_\_\_

**Conclusion :**

- 19**
- a) L'état de santé de la personne à assurer amène t'il à faire des réserves sur sa longévité ?
  - b) Faites-vous des réserves sur les risques d'invalidité totale ou partielle ou d'incapacité de travail ?
  - c) Remarques spéciales et suggestions du médecin : \_\_\_\_\_

Lesquelles : \_\_\_\_\_

Lesquelles : \_\_\_\_\_

**Important :** La Société invite le médecin à s'abstenir, à l'égard de la personne à assurer ou du courtier d'assurance, de toute remarque qui pourrait faire préjuger de la décision de l'Assureur.

**Le médecin examinateur atteste remettre, à la personne à assurer, ce présent rapport qui se chargera de le transmettre, sous pli cacheté et confidentiel au Médecin Conseil du Service Médical d'AFI ESCA, 4 Square Dutilleul 59042 Lille Cedex.**

Fait à : \_\_\_\_\_  
 Le : \_\_\_\_\_

**Cachet et signature  
du médecin examinateur**

**Signature de la personne à assurer**