Service médical de
La Mobilière Suisse Société d'assurances sur la vie SA
1260 Nyon
Téléphone 022 363 94 94 - Téléfax 022 361 78 28
service.medical@mobiliere.ch

la Mobilière

Questionnaire - Epilepsie

Client

Nom		Prénom	
Rue		NPA / Lieu	
Sexe		Tél.	
Date de naissance		eMail	
Numéro de client		No de proposition	

Les informations recueillies au moyen de ce document seront traitées avec la plus grande confidentialité et sont soumises aux règles déontologiques relatives au respect du secret professionnel.

Prière de cocher les cases correspondantes et de fournir tout commentaire ou date en regard des réponses affirmatives lorsque cela est souhaité. **Il n'est pas nécessaire de convoquer le patient.**

Taille: cm poids: kg date:

Pression artérielle: mmHg systolique / mmHg diastolique date:

Tabagisme: ◯ Non ◯ Oui Si oui, quoi? Nombre/jour? E-cigarette: ◯ Non ◯ Oui

Ancien fumeur: ◯ Non ◯ Oui depuis quand?

Type d'épilepsie

☐ Epilepsie cryptogénique / secondaire

☐ Epilepsie idiopathique généralisée

- ☐ Absences typiques
- ☐ Crises motrices généralisées / myoclonique
- ☐ mal épileptique Nombre d'épisodes:

avec crises myocloniques: ◯ Non ◯ Oui

☐ Epilepsie focale (partielle)

- ◯ Crises partielles simples
- ◯ Crises partielles complexes

☐ Autres types d'épilepsie idiopathique

- ☐ convulsion fébrile
- ☐ nocturne
- ☐ réflexe

☐ Autres:

Date du diagnostic:

Cause:

Origine tumorale? ◯ Non ◯ Oui

Précisions:

Lésions vasculaires intracrâniennes? ◯ Non ◯ Oui

Précisions:

Date de la dernière consultation:

Fréquence des crises

Nombre de crises par an:

Date de la dernière crise:

Hospitalisation pour un mal épileptique: ◯ Non ◯ Oui

Si oui, quand:

Traitement? ◯ Non ◯ Oui

Si oui, lequel?

Date du début du traitement: (mois/année)

Compliance: ◯ Non ◯ Oui

Si non, raison:

Date de fin du traitement:

Changements de comportement ou de personnalité: ◯ Non ◯ Oui

Si oui, lesquels?

Signes de troubles mentaux ou retard intellectuel? ◯ Non ◯ Oui

Si oui, lesquels?

Consommation quotidienne de boissons alcoolisées: ◯ Non ◯ Oui

Si oui, lesquelles?

Quantité par jour? dl

Consommation de cannabis thérapeutique: ◯ Non ◯ Oui

Avec une prescription valide? ◯ non ◯ oui

Si oui, combien de fois par semaine: Quantité:

Examens pratiqués (p.ex. électroencéphalogramme, tomodensitométrie, IRM, etc.)? ◯ Non ◯ Oui

Lesquels?

Date:

Résultat?

Autres facteurs pouvant influencer le pronostic: (profession, sport, loisir, environnement, etc.)

Autres commentaires:

Prière de nous joindre une copie des examens spéciaux éventuels effectués ainsi que les résultats et les valeurs de référence pour toute fiche de laboratoire.

Médecin

Tél. Fax

eMail

Date

Transmission électronique

Avec le bouton **«Envoyer»** vous pouvez envoyer le formulaire en toute sécurité à au service médicale de la mobilière.