

Le médecin est prié de répondre à toutes les questions, de commenter les éventuelles anomalies constatées, et de signer le présent examen.  
**REMARQUE :** le médecin examinateur est prié de vérifier l'identité du proposant et de reporter le n° de sa pièce d'identité.

1 NOM et Prénom de la personne à assurer **R O U S S E L P A S C A L**  
 Pièce d'identité N° **14 AF 154 170 F0A**

	NON	OUI	Si OUI, merci de préciser impérativement :
2 Avez-vous déjà soigné la personne à assurer ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Quand ? <b>MEDICINE GÉNÉRALE GÉNÉRALISTE</b> Pour quelles pathologies ?

### Constitution

3

a) Taille	<input type="checkbox"/>	<b>176</b>	cm (résultat de la mensuration)
b) Poids	<input type="checkbox"/>	<b>76</b>	kg (résultat de la pesée)
c) Périmètre du thorax	<input type="checkbox"/>	<b>102</b>	cm en inspiration <b>92</b> cm en expiration
d) Circonférence de l'abdomen	<input type="checkbox"/>	<b>90</b>	cm

### Généralités

4

a) Existe-t-il des anomalies congénitales et de croissance ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquelles ?
b) Y a-t-il des difformités ou des malformations (thorax, colonne vertébrale, membres, etc...) ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquelles ?

### Habitudes

5

a) Les occupations ou les habitudes de la personne à assurer peuvent-elles nuire à sa santé ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquelles ?
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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquelles ?

### Système endocrinien et métabolisme

6 Votre examen met-il en évidence une anomalie ?   Laquelle ?

### Psychiatrie

7 Y a-t-il des troubles du comportement ou des signes pouvant évoquer une affection psychiatrique ?   Lesquelles ?

### Système nerveux et muscles

8 Constatez-vous une symptomatologie évocatrice d'une atteinte du système nerveux ou d'une myopathie ?   Laquelle ?

### Organes sensitifs

9

a) Y a-t-il une affection de l'appareil auditif ? Y a-t-il une baisse de l'acuité auditive ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Laquelle ? D. : <input type="checkbox"/> G. : <input type="checkbox"/> Degré : <input type="checkbox"/> D. : <input type="checkbox"/> G. : <input type="checkbox"/>
b) Y a-t-il une affection des yeux ? Nécessite-t-elle une correction ?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Laquelle ? <b>ANISOMETRIE</b> avant correction: OD <input type="checkbox"/> OG <input type="checkbox"/> après correction: OD <input type="checkbox"/> avec <input type="checkbox"/> dioptries OG <input type="checkbox"/> avec <input type="checkbox"/> dioptries

### Appareil cardio-vasculaire

10

a) L'aire cardiaque est-elle agrandie (à l'examen) ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Importance ?
b) Troubles du rythme ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquelles ?
c) Constatez-vous une anomalie des bruits du coeur ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Laquelle ? <input type="checkbox"/> Systolique <input type="checkbox"/> Diastolique Intensité : <input type="checkbox"/> Où ? <input type="checkbox"/> Comment se propage-t-il ? <input type="checkbox"/> Irradiation ? <input type="checkbox"/> Le souffle est-il organique ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non diagnostic : <input type="checkbox"/>
d) Entendez-vous un souffle cardiaque ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Siège : <input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche Cause : <input type="checkbox"/> Importance : <input type="checkbox"/>
e) Existe-t-il une anomalie du pouls radial, carotidien, fémoral, tibial postérieur ou pédieux ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquels ? Importance : <input type="checkbox"/>
f) Troubles du système veineux, oedème, troubles trophiques ?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lesquels ? Importance : <input type="checkbox"/>

NOM et Prénom de la personne à assurer **ROUSSEL PASCAL**

**EXAMED-2**

NON OUI

Si OUI, merci de préciser impérativement :

Tension artérielle :

Systolique **105** Diastolique **065**

11 Est-elle traitée ?

Depuis quand ?

- Si les chiffres tensionnels sont supérieurs à 13,7/8,7, veuillez effectuer un contrôle en fin d'examen après repos.

Contrôle éventuel :

Systolique

Diastolique

Pouls

12

Fréquence du pouls : **55** /mn

- Si fréquence inférieure à 60 ou supérieure à 90, veuillez effectuer un contrôle en fin d'examen. Résultat du contrôle : **55**

Appareil respiratoire

13 a) Votre examen met-il en évidence une anomalie ?

Laquelle ?

b) Examen radiologique (déjà réalisé) ?

Date :

Résultat ?

Appareil digestif

14 a) La langue, le pharynx et les amygdales ont-ils un aspect pathologique ?

Lequel ?

b) La palpation de l'abdomen décèle-t-elle un état pathologique ?

Lequel ?

c) Le foie est-il agrandi ?

De combien de cm ?

Consistance

d) La rate est-elle agrandie ?

Palpable sur

cm - Cause :

e) Y a-t-il une hernie, une éventration ?

Siège :

- Bilatérale :  Oui  Non

Appareil urogénital

15 a) Y a-t-il des indices d'une affection des organes génitaux ou des seins

Lesquels ?

b) Examen de l'urine (obligatoire) - (l'urine doit être émise chez le médecin)

albumine

Dosage éventuel : g/l

Autres substances anormales

sucré

Dosage éventuel : g/l

sang

pus

Peau

16 Y a-t-il une affection cutanée ou des phanères ?

Laquelle ?

Ganglions lymphatiques

17 Y a-t-il une augmentation du volume des ganglions lymphatiques ?

Siège ?

Origine

Os, articulations et tissu conjonctif

18 Votre examen met-il en évidence un état pathologique ?

Lequel ?

Conclusion

19 a) Estimez-vous que le pronostic vital de cette personne est altéré ?

b) Faites-vous des réserves sur les risques d'invalidité totale ou partielle ou d'incapacité de travail ?

c) Remarques spéciales et suggestions :

**IMPORTANT : la société invite le médecin à s'abstenir, à l'égard de la personne à assurer ou de l'intermédiaire, de toute remarque qui pourrait faire préjuger de la décision de l'assureur.**

Les informations recueillies sur ce document sont nécessaires à l'étude et au traitement de la demande qui se feront dans le strict respect du secret médical. Le médecin est prié d'informer le demandeur que ses données médicales sont destinées à MetLife, ses mandataires et réassureurs et de s'assurer qu'il y consent expressément. Le demandeur peut, conformément à la Loi informatique et libertés du 6 janvier 1978, modifiée en 2004, y accéder, les faire rectifier ou s'opposer à leur traitement pour des motifs légitimes, en adressant un courrier accompagné d'un justificatif d'identité à MetLife, Cœur Défense, Tour A, 110 Esplanade du Général de Gaulle, 92931 LA DEFENSE Cedex, à l'attention du « Médecin Conseil » en précisant ses nom, prénom et si possible sa référence client.

Fait à **Rouen**

le **14/03/2017**

Signature du médecin-examineur

Cachet du médecin-examineur

**Docteur BOSSER-LOIC**

76 / 110970 1

25, rue Ambroise Fleury

76000 ROUEN

Tél. 02 35 71 13 00 Fax 02 35 89 79 91

**Veuillez SVP adresser directement ce rapport et la note de vos honoraires\* (à concurrence du plafond de la Compagnie), accompagnés impérativement de la proposition d'assurance complétée et signée par l'assuré sous pli confidentiel à :**

**MetLife - DIP - à l'attention du Médecin Conseil - Cœur Défense - Tour A - 110 Esplanade du Général de Gaulle - 92931 LA DEFENSE Cedex.**

\* Les honoraires ne seront remboursés qu'à réception des documents originaux précités.