

18/04/2017



FORMALITÉS NÉCESSAIRES

Assuré 1 ROUSSEL Pascal :

- Rapport Médical
- Examen Médical-Sang2: Glycémie, triglycérides, cholestérol total + fraction HDL, créatinine, ALAT, ASAT, GGT, sérologie VIH 1 et 2, Hémogramme (hémoglobine, hématocrite, numération globulaire et formule leucocytaire), Numération des plaquettes et CRP, sérologie de l'hépatite C de type Elisa et marqueurs de l'hépatite B (AgHBs, AcHbs, AcHbc)
- Examen Médical-Urines: analyse des urines effectuée par un laboratoire avec examen cyto bactériologique (y compris numération des germes) + dosage pondéral de la cotinine urinaire
- Examen Médical-Cardio2: ECG au repos (tracé et compte rendu) + ECG à l'effort, sauf contre-indication, avec compte rendu (ergométrie avec mention de la fréquence maximale atteinte)

Assuré 2 ROUSSEL Veronique :

- Rapport Médical
- Examen Médical-Sang2: Glycémie, triglycérides, cholestérol total + fraction HDL, créatinine, ALAT, ASAT, GGT, sérologie VIH 1 et 2, Hémogramme (hémoglobine, hématocrite, numération globulaire et formule leucocytaire), Numération des plaquettes et CRP, sérologie de l'hépatite C de type Elisa et marqueurs de l'hépatite B (AgHBs, AcHbs, AcHbc)
- Examen Médical-Urines: analyse des urines effectuée par un laboratoire avec examen cyto bactériologique (y compris numération des germes) + dosage pondéral de la cotinine urinaire
- Examen Médical-Cardio2: ECG au repos (tracé et compte rendu) + ECG à l'effort, sauf contre-indication, avec compte rendu (ergométrie avec mention de la fréquence maximale atteinte)

↓ se sur vélo

6/4/10
 Médicaments du sport :
 secrétaire - modérateur - sport - a
 ch - Rouen - fr
 Mme Renault

Cette étude n'a pas de valeur contractuelle et n'engage pas l'Assureur.

24/03/2017 / Devis N° 506983722



ÉCHÉANCIER SYNTHÈSE DES COTISATIONS

Échéance	Capital restant dû*	Cotisations annuelles				
		DC / PTIA	Incapacité /Invalidité (options incluses)	Perte d'emploi	Total	Dont options
Année 1	1 300 000,00 €	4 985,42 €	7 718,68 €	0,00 €	12 704,10 €	2 395,44 €
Année 2	1 198 669,38 €	7 734,04 €	11 815,20 €	0,00 €	19 549,24 €	3 666,80 €
Année 3	1 096 116,00 €	7 776,88 €	11 688,02 €	0,00 €	19 464,90 €	3 627,34 €
Année 4	992 325,19 €	7 386,34 €	10 713,50 €	0,00 €	18 099,84 €	3 324,86 €
Année 5	887 282,00 €	6 914,28 €	9 584,80 €	0,00 €	16 499,08 €	2 974,60 €
Année 6	780 971,44 €	6 128,32 €	8 191,04 €	0,00 €	14 319,36 €	2 542,04 €
Année 7	673 378,06 €	4 627,74 €	5 592,24 €	0,00 €	10 219,98 €	1 735,52 €
Année 8	564 486,44 €	3 147,18 €	3 242,66 €	0,00 €	6 389,84 €	1 006,34 €
Année 9	454 280,97 €	2 308,14 €	1 888,20 €	0,00 €	4 196,34 €	586,00 €
Année 10	342 745,63 €	1 532,14 €	915,54 €	0,00 €	2 447,68 €	284,14 €
Année 11	229 864,48 €	756,74 €	54,93 €	0,00 €	811,67 €	17,04 €
Année 12	115 621,33 €	274,04 €	0,00 €	0,00 €	274,04 €	0,00 €
Total sur durée du prêt		53 571,26 €	71 404,81 €	0,00 €	124 976,07 €	22 160,12 €

*Pour déterminer le capital assuré sur chaque garantie, merci de multiplier le capital restant dû par la quotité choisie sur la garantie en question

Frais d'adhésion : 7 € par assuré prélevé avec la première cotisation.

Frais de dossier : 20 € (offerts en cas de signature électronique de la demande d'adhésion)

SYNTHÈSE

	Assuré 1	Assuré 2	Synthèse tous assurés
Prêt n° 1	62 471,55 € taux annuel : 0,4005 %	62 504,52 € taux annuel : 0,4007 %	124 976,07 €
Total	62 471,55 €	62 504,52 €	124 976,07 €

Cette étude n'a pas de valeur contractuelle et n'engage pas l'Assureur.

Questionnaire de santé



N° de contrat : _____

Identité
 Nom et prénom ROUSSEL Véronique Nom de jeune fille HAUCHARD
 Date et lieu de naissance 14.07.1962 Nationalité Française
 Situation de famille Mariée Profession actuelle _____
 Adresse 11 Allée des Deux Fermes 76160 St Martin du Vivier

1. Sports pratiqués régulièrement ? NON OUI → Lesquels ? COURSE A PIED
 En compétition ? Non
 Consommez-vous des boissons alcoolisées ? NON OUI → Quantité par jour : 3 verres / semaine
 Fumez-vous ? NON OUI → Quantité par jour : _____
 Faites-vous ou avez-vous fait usage de stupéfiants (drogues) ? NON OUI → Lesquels ? _____
 Jusqu'à quand ? _____
 Taille : 1,66 cm • Poids : 61 kg • Tension artérielle : Maxi : _____ Mini : _____ Est-elle traitée ? : NON OUI

2. Avez-vous ou avez-vous eu l'une des affections ou l'un des symptômes suivants : Laquelle ? Quand ? Durée du traitement ?

- tuberculose, infections sexuellement transmissibles, infection consécutive au syndrome d'immuno-déficience acquise, hépatite(s) virale(s) ou toute autre maladie infectieuse ou parasitaire ? NON OUI →
- diabète, hypercholestérolémie, affection de la thyroïde ou toute autre atteinte du système endocrinien ? NON OUI → HYPERTHYROÏDIE IODOPATHIQUE
- anémie, anomalie de la coagulation, leucémie ou toute autre maladie du sang ? NON OUI →
- dépression, stress, troubles anxieux, troubles de l'humeur, tentative de suicide, psychose, schizophrénie, anorexie mentale, boulimie, retard mental ou toute autre atteinte psychiatrique ? NON OUI →
- accident vasculaire cérébral, accident ischémique transitoire, épilepsie, sclérose en plaques, paralysie, myopathie ou toute autre maladie du système nerveux ou des muscles ? NON OUI →
- surdité, troubles de la vue ou toute autre maladie de l'oreille, du nez, de la gorge ou de l'œil ? NON OUI → MYOPIE : VOIR CARTE DE CORRECTIF
- malformation cardiaque, maladie coronarienne, infarctus du myocarde, hypertension artérielle, troubles du rythme, valvulopathies, artérite, souffle carotidien, varices ou toute autre maladie de l'appareil cardiovasculaire ? NON OUI →
- bronchite chronique, asthme, emphysème, embolie pulmonaire ou toute autre maladie de l'appareil respiratoire ? NON OUI →
- affections hépatiques, de la vésicule ou des voies biliaires, du pancréas ou toute autre atteinte de l'abdomen ? NON OUI →
- affections de l'œsophage, de l'estomac, de l'intestin, du côlon, du rectum, de l'anus, hernie ou toute autre maladie de l'appareil digestif ? NON OUI →
- affections des reins, des voies urinaires y compris la vessie, des organes génitaux ou toute autre maladie de l'appareil urogénital ? NON OUI →
- affections ou maladie de la peau ? NON OUI →
- polyarthrite rhumatoïde, hernie discale, lumbago, sciatique, arthrose, lupus érythémateux disséminé, connectivite ou toute autre maladie des os ou des articulations, ou maladies auto-immunes ? NON OUI →
- tumeur bénigne et/ou maligne ? NON OUI →
- toute autre maladie ou infirmité non citée plus haut ? NON OUI →

Date et signature du déclarant
17/03/2017

3. • Avez-vous eu un accident ? *Quand ?*
Nature des blessures ? NON OUI → *Séquelles ?*
- Avez-vous subi une intervention chirurgicale ? NON OUI → *Quand ? Nature exacte ?*
- Avez-vous subi un traitement par radiothérapie, une chimiothérapie, une transfusion sanguine ? NON OUI → *Quand ? Nature exacte ?*
- Avez-vous été hospitalisé (hôpital, clinique, maison de repos, établissement de cure) ? NON OUI → *Quand ? Pourquoi ? Durée ?*
4. Avez-vous effectué au cours des 5 dernières années :
 • un électrocardiogramme ? NON OUI → *Lequel ? Quand ? Résultats ?*
 • des examens sanguins ? NON OUI → *cf liste d'exams demandés pour cette assurance*
 • des radiographies, scanner, IRM, échographie, scintigraphie ou autres examens ? NON OUI → *ECHO MYO de, MANIQUONG AE*
5. Avez-vous fait l'objet d'un test de dépistage des sérologies portant en particulier sur les virus des hépatites B et C ou sur le virus de l'immunodéficience humaine (HIV) dont le résultat a été positif ? NON OUI → *Quand ? Lequel ? Résultats ?*
Bio Labé UNEL
6. Vous a-t-on prescrit un traitement médical de plus de 21 jours au cours des 10 dernières années ? NON OUI → *Lequel ? Pourquoi ?*
Levotyrox hypothyroïdisme
7. Suivez-vous actuellement un traitement médical ? NON OUI → *Lequel ? Pourquoi ? Depuis quand ?*
Levotyrox MS AL
 À votre connaissance devez-vous :
 • être hospitalisé ? NON OUI → *Quand ? Pourquoi ?*
 • subir une intervention chirurgicale ? NON OUI →
 • subir un examen ou une consultation à visée diagnostique ? NON OUI →
8. Avez-vous eu un ou plusieurs arrêts de travail de plus de 21 jours au cours des 10 dernières années sur prescription médicale pour raison de santé ? NON OUI → *Pourquoi ? Depuis quand ?*
9. Êtes-vous actuellement en arrêt de travail sur prescription médicale, pour raison de santé ? NON OUI →
10. Êtes-vous titulaire :
 • d'une pension, rente ou allocation au titre d'une incapacité au travail ou d'une invalidité ? NON OUI → *Pourquoi ? Depuis quelle date ? Taux ?*
 • de l'Allocation pour adulte handicapé (AAH) ? NON OUI →
- Quel est l'organisme qui vous verse la prestation ?*
11. Ressentez-vous une gêne particulière qui entraîne une limitation dans la réalisation des activités de la vie quotidienne ? NON OUI → *Laquelle ?*
12. Êtes-vous ou avez-vous été pris en charge à 100 % pour raison médicale par un organisme de Sécurité sociale au cours des 15 dernières années ? NON OUI → *Quand ? Pourquoi ? Durée ?*
13. Pour les personnes de sexe féminin :
 • Êtes-vous enceinte actuellement ? NON OUI → *De combien de mois ?*
 • Votre ou vos grossesses antérieures ont-elles été difficiles ou suivies d'incidents ? NON OUI → *Complications éventuelles : Combien ? Complications éventuelles :*
14. Êtes-vous déjà titulaire de contrat(s) d'assurance décès ou de tels contrats sont-ils en cours de souscription ? NON OUI → *Montant des capitaux garantis :* €
Encours de prêts déjà assurés : NON OUI → *Chez Swiss Life :* €
 Avez-vous fait l'objet d'un refus, d'un ajournement, d'une restriction ou d'une surprime pour ce contrat ? NON OUI → *Chez d'autres assureurs :* €
Pourquoi ?
15. Avez-vous autre chose à déclarer concernant votre état de santé ?

Quel est votre médecin habituel (nom et adresse) ? DOCTEUR LEIC BOSSER Rue Ambroise Henry - 76000 ROUEN

Si parmi les réponses que vous avez données, au moins l'une d'entre elles concerne une maladie dont vous souffrez actuellement ou avez souffert dans le passé, ou encore les suites d'un accident antérieur, ou se rapporte à un traitement en cours, vous êtes formellement invité à transmettre ce questionnaire (sous pli cacheté dans l'enveloppe ci-jointe) au Médecin-conseil du service médical de SPB - 76095 Le Havre Cedex. Attention : Les réponses aux questions sont toutes obligatoires, votre acceptation à l'assurance est faite sur la base de vos réponses au questionnaire de santé.

Mes déclarations serviront de base aux conditions de mon acceptation à l'assurance. Toute réticence ou fausse déclaration entraînerait la nullité des garanties de l'adhésion, leur résiliation ou leur réduction en application des articles L113-8 et L113-9 du Code des Assurances.

Conformément à la loi informatique et libertés du 6.1.78, le responsable du traitement des informations recueillies est l'entité du Groupe Swiss Life mentionnée sur ce document. Les données sont utilisées pour la gestion et le suivi de vos dossiers par cette entité, et l'envoi de documents concernant les produits des sociétés du Groupe Swiss Life, destinataires, avec ses mandataires, ses partenaires et réassureurs, de l'information. Elles sont également traitées dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme. Le défaut de réponse aux informations obligatoires peut avoir pour conséquence le non traitement de votre dossier. Les données facultatives sont signalées. Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant, et du droit de vous opposer à leur traitement pour un motif légitime. Veuillez adresser vos demandes à la Direction Marketing de Swiss Life, 1 rue du Mal de Lattre de Tassigny - 59671 Roubaix Cedex 01. En cas de demandes liées à des données médicales, veuillez libeller celles-ci à l'attention du Médecin conseil, 7, rue Belgrand - 92682 Levallois-Petret Cedex.

Je, soussigné (NOM, PRÉNOM) Roussel Benjamin certifie la sincérité et l'exactitude de mes déclarations. J'affirme n'avoir rien omis ou dissimulé.
 Fait à ROUEN Le 17/03/2017
 Signature de la personne à assurer



Rapport du Médecin examinateur



N° de contrat
 M. le Docteur Loïc BOSSER
 Identité
 Nom et prénom ROUSSEL Véronique Nom de jeune fille HAUCHARD
 Date et lieu de naissance 14.10.1962 Nationalité Française
 Situation de famille Divorcé Profession actuelle Dirigeant d'entreprise
 Adresse 41 Allée des Deux Fermes - 76160 St Julien du Val

Déclarations de la personne à assurer recueillies et rédigées par le Médecin examinateur

NON OUI Cochez et, si réponse positive, complétez la zone située à droite de la question.

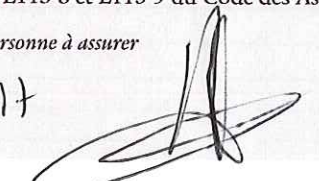
1. Sports pratiqués régulièrement ? NON OUI → Lesquels ? COURSE A PIED
 En compétition ? OUI
 Consommez-vous des boissons alcoolisées ? NON OUI → Quantité par jour : 3 par semaine
 Fumez-vous ? NON OUI → Quantité par jour :
 Faites-vous ou avez-vous fait usage de stupéfiants (drogues) ? NON OUI → Lesquels ?
 Jusqu'à quand ?
 Taille : 1.66 cm • Poids : 61 kg • Tension artérielle : Maxi : NO Mini : 70 Est-elle traitée ? : NON OUI

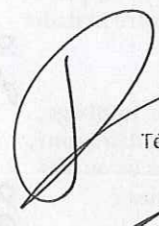
2. Avez-vous ou avez-vous eu l'une des affections ou l'un des symptômes suivants : Laquelle ? Quand ? Durée du traitement ?

- tuberculose, infections sexuellement transmissibles, infection consécutive au syndrome d'immuno-déficience acquise, hépatite(s) virale(s) ou toute autre maladie infectieuse ou parasitaire ? NON OUI →
- diabète, hypercholestérolémie, affection de la thyroïde ou toute autre atteinte du système endocrinien ? NON OUI → HYPOTHYROIDIE IODÉE
- anémie, anomalie de la coagulation, leucémie ou toute autre maladie du sang ? NON OUI →
- dépression, stress, troubles anxieux, troubles de l'humeur, tentative de suicide, psychose, schizophrénie, anorexie mentale, boulimie, retard mental ou toute autre atteinte psychiatrique ? NON OUI →
- accident vasculaire cérébral, accident ischémique transitoire, épilepsie, sclérose en plaques, paralysie, myopathie ou toute autre maladie du système nerveux ou des muscles ? NON OUI →
- surdité, troubles de la vue ou toute autre maladie de l'oreille, du nez, de la gorge ou de l'œil ? NON OUI → MYOPIE
- malformation cardiaque, maladie coronarienne, infarctus du myocarde, hypertension artérielle, troubles du rythme, valvulopathies, artérite, souffle carotidien, varices ou toute autre maladie de l'appareil cardiovasculaire ? NON OUI →
- bronchite chronique, asthme, emphysème, embolie pulmonaire ou toute autre maladie de l'appareil respiratoire ? NON OUI →
- affections hépatiques, de la vésicule ou des voies biliaires, du pancréas ou toute autre atteinte de l'abdomen ? NON OUI →
- affections de l'œsophage, de l'estomac, de l'intestin, du côlon, du rectum, de l'anus, hernie ou toute autre maladie de l'appareil digestif ? NON OUI →
- affections des reins, des voies urinaires y compris la vessie, des organes génitaux ou toute autre maladie de l'appareil urogénital ? NON OUI →
- affections ou maladie de la peau ? NON OUI →
- polyarthrite rhumatoïde, hernie discale, lumbago, sciatique, arthrose, lupus érythémateux disséminé, connectivite ou toute autre maladie des os ou des articulations, ou maladies auto-immunes ? NON OUI →
- tumeur bénigne et/ou maligne ? NON OUI →
- toute autre maladie ou infirmité non citée plus haut ? NON OUI →

3. • Avez-vous eu un accident ? *Quand ?*
Nature des blessures ? NON OUI → *Séquelles ?*
- Avez-vous subi une intervention chirurgicale ? NON OUI → *Quand ? Nature exacte ?*
- Avez-vous subi un traitement par radiothérapie, une chimiothérapie, une transfusion sanguine ? NON OUI → *Quand ? Nature exacte ?*
- Avez-vous été hospitalisé (hôpital, clinique, maison de repos, établissement de cure) ? NON OUI → *Quand ? Pourquoi ? Durée ?*
4. Avez-vous effectué au cours des 5 dernières années : *Lequel ? Quand ? Résultats ?*
- un électrocardiogramme ? NON OUI →
- des examens sanguins ? NON OUI →
- des radiographies, scanner, IRM, échographie, scintigraphie ou autres examens ? NON OUI →
5. Avez-vous fait l'objet d'un test de dépistage des sérologies portant en particulier sur les virus des hépatites B et C ou sur le virus de l'immunodéficience humaine (HIV) dont le résultat a été positif ? NON OUI → *Quand ? Lequel ? Résultats ?*
6. Vous a-t-on prescrit un traitement médical de plus de 21 jours au cours des 10 dernières années ? NON OUI → *Lequel ? Pourquoi ?*
7. Suivez-vous actuellement un traitement médical ? NON OUI → *Lequel ? Pourquoi ? Depuis quand ?*
À votre connaissance devez-vous : *LEUZYKINOL 115*
- être hospitalisé ? NON OUI → *Quand ? Pourquoi ?*
- subir une intervention chirurgicale ? NON OUI →
- subir un examen ou une consultation à visée diagnostique ? NON OUI → *Pourquoi ? Depuis quand ?*
8. Avez-vous eu un ou plusieurs arrêts de travail de plus de 21 jours au cours des 10 dernières années sur prescription médicale pour raison de santé ? NON OUI →
9. Êtes-vous actuellement en arrêt de travail sur prescription médicale, pour raison de santé ? NON OUI →
10. Êtes-vous titulaire : *Pourquoi ? Depuis quelle date ? Taux ?*
- d'une pension, rente ou allocation au titre d'une incapacité au travail ou d'une invalidité ? NON OUI →
- de l'Allocation pour adulte handicapé (AAH) ? NON OUI →
- Quel est l'organisme qui vous verse la prestation ?*
11. Ressentez-vous une gêne particulière qui entraîne une limitation dans la réalisation des activités de la vie quotidienne ? NON OUI → *Laquelle ?*
12. Êtes-vous ou avez-vous été pris en charge à 100 % pour raison médicale par un organisme de Sécurité sociale au cours des 15 dernières années ? NON OUI → *Quand ? Pourquoi ? Durée ?*
13. Pour les personnes de sexe féminin : *De combien de mois ?*
- Êtes-vous enceinte actuellement ? NON OUI → *Complications éventuelles :*
- Votre ou vos grossesses antérieures ont-elles été difficiles ou suivies d'incidents ? NON OUI → *Complications éventuelles :*
14. Êtes-vous déjà titulaire de contrat(s) d'assurance-décès ou de tels contrats sont-ils en cours de souscription ? NON OUI → *Montant des capitaux garantis :* €
- Encours de prêts déjà assurés ? NON OUI → *Chez Swiss Life :* €
- Avez-vous fait l'objet d'un refus, d'un ajournement, d'une restriction ou d'une surprime pour ce contrat ?* NON OUI → *Chez d'autres assureurs :* €
- Pourquoi ?*
15. Avez-vous autre chose à déclarer concernant votre état de santé ? *non*
- Quel est votre médecin habituel (nom et adresse) ?* *Dr Loïc Bossier*

Mes déclarations serviront de base aux conditions de mon acceptation à l'assurance. Toute réticence ou fausse déclaration entraînerait la nullité des garanties de l'adhésion, leur résiliation ou leur réduction en application des articles L113-8 et L113-9 du Code des Assurances.

Date et signature de la personne à assurer
17/03/2017 

 **Docteur BOSSIER Loïc**
Médecin Examinateur
76 110970 1
25, rue Ambroise Fleury
76000 ROUEN
Tél. 02 35 71 13 00 Fax 02 35 89 79 91

Rapport du Médecin examinateur

IMPORTANT : l'Assureur invite le Médecin à s'abstenir, à l'égard de la personne à assurer, de toute remarque qui pourrait faire préjuger de la décision de l'Assureur.

NOM : ROUSSEL Prénom : Veronique Date de naissance : 14/07/1962

EXAMEN CLINIQUE DE LA PERSONNE À ASSURER

Le médecin est prié de répondre à TOUTES les questions et de commenter les éventuelles anomalies constatées (au besoin, ajouter un feuillet).

1. Constitution / Généralités

- Taille 166
- Poids 61
- Périmètre abdominal
- Constatez-vous la présence de malformations ? NON OUI → Lesquelles ?
- Résultat de l'inspection NAS

2. Examen cardio-vasculaire

- Pression artérielle (*) Systolique Mo Diastolique 20
- Fréquence cardiaque (*) 65 /minute
- Constatez-vous la présence :
 - ▶ d'une arythmie ? NON OUI → Caractéristiques :
 - ▶ d'un souffle ? NON OUI →
 - Siège : Cœur Vaisseaux
 - Caractéristiques : Systolique Diastolique
 - Organique Fonctionnel
 - Intensité :
 - ▶ d'une abolition des pouls périphériques ? NON OUI → Siège :
 - ▶ de varices ? NON OUI → Siège et tolérance :

3. Examen pulmonaire

Résultat de l'auscultation et de la percussion NAS

4. Examen de l'appareil digestif

- Constatez-vous à la palpation de l'abdomen, la présence :
- ▶ d'une hépatomégalie ? NON OUI → Caractéristiques :
 - ▶ d'une splénomégalie ? NON OUI → Caractéristiques :
 - ▶ d'une hernie ? NON OUI → Siège et importance :

5. Examen ORL

- Constatez-vous la présence d'une affection :
- ▶ auditive ? NON OUI → Laquelle ?
 - ▶ de la langue, du pharynx, des amygdales ? NON OUI →
 - ▶ de la thyroïde ? NON OUI → PAS DE GOUTTE

6. Examen ophtalmologique

Constatez-vous la présence d'une affection visuelle ? NON OUI → Laquelle ? MYOPIE

Acuité visuelle : Avant correction : OD /10 OG /10
Après correction : OD /10 OG /10

MOIN CARTE D'INDÉ

7. Examen ostéo-articulaire

- Constatez-vous la présence d'une pathologie ostéo-articulaire ou rachidienne ? NON OUI → Laquelle ?
- La mobilité du rachis est-elle réduite ? NON OUI →
- (flexion, extension, latéralité) NON OUI →
- Distance main - sol 45 cm.
- Signe de Lasègue ? NON OUI →
- Existe-t-il une contracture paravertébrale ? NON OUI → Siège
- Des examens radiographiques ont-ils été pratiqués ? NON OUI → Lesquels, dates et résultats :

8. Appareil uro-génital

Pour les femmes :

- Date et résultat du dernier frottis cervico-vaginal SERVIT GYNÉCOLOGIE CLINIQUE ANNUEL, ROUEN
- Date et résultat de la dernière mammographie FROTTIS L12 MAJ, NORMAL
- Résultat de l'examen des seins MAMMOGRAMME = OK, LEV. DOCUMENT JOIN.

Pour les hommes :

- Existe-t-il des indices d'une affection des organes génitaux et / ou urinaires ? NON OUI → Lesquels ? (/)

9. Examen neuro-psychiatrique

Constatez-vous :

- La présence d'une anomalie des réflexes ostéo-tendineux ou pupillaires, de la sensibilité profonde ou superficielle ? NON OUI → Lesquelles ?
- La présence d'un signe de Babinski, d'un signe de Romberg, d'un nystagmus, de vertiges ou de signes d'insuffisance vasculaire cérébrale ? NON OUI → Lesquels ?
- La présence d'une spasmodie ou d'une tétanie ? NON OUI → Lesquels ?
- La présence de troubles du comportement (anxiété, syndrome dépressif) ? NON OUI → Lesquels ?

10. Examen dermatologique

Constatez-vous la présence d'un état pathologique ? NON OUI → Caractéristiques :

11. Examen des aires ganglionnaires

Constatez-vous la présence d'adénopathies ? NON OUI → Sièges et caractéristiques :


12. Remarques et conclusion

À la suite de l'examen que vous venez de pratiquer :

- Des investigations complémentaires sont-elles souhaitables ? Si oui, lesquelles ? NON ÉCOGAPHIE DE LA THYROÏDE
- Un traitement médical est-il souhaitable ? POUR LA RUPTURE DU CERVICOCOLLE
- Si oui, nature ?
- Existe-t-il des risques d'invalidité ou d'incapacité partielle ou totale ? NON
- Estimez-vous que le processus vital soit altéré ? NON
- L'état de la personne à assurer peut-il être considéré comme : BON ? MÉDIOCRE ? DÉFAVORABLE ?

* Si lors de la première prise, la pression artérielle contrôlée en position assise dépasse 15-9 ou si la fréquence cardiaque est supérieure à 90/minute, prière d'effectuer un second contrôle en fin d'examen :
Résultats : T.A. / mm-Hg
Puls-

Remarques spéciales du Médecin :

Cachet du Médecin :  Docteur BOSSER Loïc
76-110970 1
25, rue Ambroise Fleury
76000 ROUEN
Tél. 02.35.71.43.00 Fax 02.35.89.79.91

à RAEN le 17/05/12
Signature du Médecin examinateur

Le présent rapport, soumis au secret médical, doit être adressé sous pli fermé, directement ou par l'intermédiaire de la personne à assurer, au Médecin conseil du service médical SPB - 76095 Le Havre Cedex.

Conformément à la loi informatique et libertés du 6 janvier 1978, le responsable du traitement des informations recueillies est l'entité du groupe Swiss Life mentionnée dans ce document. Les données sont utilisées pour la gestion et le suivi de vos dossiers par cette entité, et l'envoi de documents concernant les produits des sociétés du groupe Swiss Life, destinataires, avec ses mandataires, ses partenaires et réassureurs, de l'information. Elles sont également traitées dans le cadre de la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme. Le défaut de réponse aux informations obligatoires peut avoir pour conséquence le non-traitement de votre dossier. Les données facultatives sont signalées. Vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données vous concernant, et du droit de vous opposer à leur traitement pour un motif légitime. Veuillez adresser vos demandes à la Direction Marketing de Swiss Life, 1 rue du Maréchal de Lattre de Tassigny, 59671 Roubaix Cedex 01. En cas de demandes liées à des données médicales, veuillez libeller celles-ci à l'attention du Médecin-conseil, 7, rue Belgrand, 92682 Levallois-Perret Cedex.



LABORATOIRE DE BIOLOGIE MEDICALE

Bio LBS

LBM multisite enregistré sous le n° 76.11

BOOS, le 09.03.2017

Date de naissance 14.07.1962
Née: HAUCHARD
Prélevé par Mme BAZILE M.B.

Prélèvement du 09.03.2017 à 08:42
Dossier N° 0043 (00) du 09.03.2017

Mme ROUSSEL VERONIQUE
41 ALLEE DES 2 FERMES

76160 ST MARTIN DU VIVIER

ATTENTION : Prélèvement effectué au laboratoire après vérification de l'identité du patient.


HEMATO-CYTOLOGIE

Cytométrie de flux XN9000, SP10 - SYSMEX

(sang total EDTA) Intervalle de référence Antécédents

HEMOGRAMME

HEMATIES	4,32	T/L	3,8 à 5,9	4,43	Le 19.07.2016
HEMOGLOBINE	12,8	g/dL	11,3 à 17,5	13,6	
HEMATOCRITE	38,9	%	34 à 53	42,0	
V.G.M.	90	fL	75 à 102	95	
T.C.M.H	29,6	pg	24,4 à 35	30,7	
C.C.M.H	32,9	g/dL	31 à 37	32,4	
I.D.R	12,9	%	inf. à 15,0	13,0	
LEUCOCYTES	5 600	/mm ³	3800 à 11000	5.740	
Neutrophiles	48,9 %	soit 2 738 /mm ³	1400 à 7700	2.778	
Eosinophiles	2,7 %	soit 151 /mm ³	20 à 650	172	
Basophiles	1,3 %	soit 73 /mm ³	inf. à 110	17	
Lymphocytes	38,0 %	soit 2 128 /mm ³	1000 à 4800	2.181	
Monocytes	9,1 %	soit 510 /mm ³	150 à 1000	591	
PLAQUETTES	245 000	/mm ³	150 000 à 450 000	219.000	
VMP	10,30	fL	8,7 à 12,6	10,70	


Sandrine CHAN
Biologiste

BIOCHIMIE SERIQUE

			Intervalle de référence	Antécédents
PROTEINE C REACTIVE <small>Immuno-Turbidimétrie ABBOTT (L)</small>	<2	mg/L	inf. à 5	7 Le 13.04.2016
GLYCEMIE <small>Enzymologie ABBOTT (L)</small>	0,95 <i>soit</i> 5,27	g/L mmol/L	0,7 à 1,05 3,89 à 5,83	0,94
CREATININEMIE <small>Enzymatique ABBOTT (L)</small>	9,7 <i>soit</i> 85,7	mg/L μmol/L	5,5 à 10,2 49 à 90	9,6
Clairance calculée de la créatinine <small>Selon la formule de COCKCROFT et GAULT</small>	64	mL/min	90 - 170	
Débit de Filtration Glomérulaire (DFG) <small>Estimé selon la formule CKD EPI</small>	66	mL/min/1,73m ²		67

Interprétation du DFG (mL/min/1,73m²) (HAS juillet 2007)

> 90	DFG normal ou augmenté (MRC stade 1)
60 à 90	DFG légèrement diminué (MRC stade 2)
30 à 59	Insuffisance rénale chronique modérée (MRC stade 3)
15 à 29	Insuffisance rénale chronique sévère (MRC stade 4)
< 15	Insuffisance rénale chronique terminale (MRC stade 5)

A partir de 40 ans, la décroissance physiologique est de 1 mL/min/an.

Le résultat de DFG est à multiplier par 1,16 pour les sujets à peau noire.

ASPECT DU SERUM Limpide Limpide

EXPLORATION D'UNE ANOMALIE LIPIDIQUE :

TRIGLYCERIDES <small>Enzymologie ABBOTT (L)</small>	0,53 <i>soit</i> 0,59	g/L mmol/L	inf. à 1,5 inf. à 1,7	0,59
CHOLESTEROL TOTAL <small>Enzymologie ABBOTT (L)</small>	2,02 <i>soit</i> 5,23	g/L mmol/L	inf. à 2,4 inf. à 6,22	1,59
CHOLESTEROL HDL <small>Immuno-Turbidimétrie ABBOTT (L)</small>	0,66 <i>soit</i> 1,70	g/L mmol/L	0,4 à 0,6 1,04 à 1,55	0,56
RAPPORT TOTAL/HDL	3,1		0 à 8	2,8
CHOLESTEROL LDL <small>Selon la formule de Friedewald (L)</small>	1,25 <i>soit</i> 3,23	g/L mmol/L	inf. à 1,50	0,91
CHOLESTEROL VLDL <small>Selon la formule de Friedewald (L)</small>	0,11 <i>soit</i> 0,28	g/L mmol/L	inf. à 0,30	0,12


 Sandrine CHAN
 Biologiste

BIOCHIMIE SERIQUE

Intervalles de référence Antécédents

Recommandations de l'ANSM et de la Société Française d'Athérosclérose :

Prise en charge diététique :

Régime à débiter si le LDL cholestérol est supérieur à 1,60 g/L.

Objectifs thérapeutiques à atteindre :

- * Absence de facteur de risque associé : LDL cholestérol < 2,20 g/L
- * 1 facteur de risque associé : LDL cholestérol < 1,90 g/L
- * 2 facteurs de risque associés : LDL cholestérol < 1,60 g/L
- * 3 facteurs de risque associés : LDL cholestérol < 1,30 g/L

Facteurs de risque : hypertension artérielle, diabète, tabac, antécédent familial, homme de plus de 50 ans, femme de plus de 60 ans...

TRANSAMINASE (TGO-ASAT) Enzymologie ABBOTT (LI)	....	24	U/L	5 à 34	19 Le 30.01.2014
TRANSAMINASE (TGP-ALAT) Enzymologie ABBOTT (LI)	....	22	U/L	0 à 55	20
GAMMA-GT Enzymologie ABBOTT (LI)	.....	13	U/L	9 à 36	15

SERO-IMMUNOLOGIE

(Serum)

SEROLOGIE DE L'HEPATITE VIRALE B

CMIA ABBOTT (BO)

Antigène HBs	.....	Négatif	
Ac anti HBs	.....	26	UI/L
Ac anti-HBc	.....	Négatif	

Conclusion : Antécédents de vaccination.
Selon les recommandations OMS, un taux supérieur à 10 UI/L confère une immunoprotection durable.

SERO-IMMUNOLOGIE

(Serum)

SEROLOGIE DE L'HEPATITE VIRALE C

CMIA ABBOTT (LI)

Ac anti-HCV Négatif

Conclusion : Absence de contact avec le virus de l'Hépatite C sauf en cas d'infection récente avant séroconversion ou immunodépression profonde.

Recommandations HAS :

- en cas de suspicion d'infection récente : refaire le dosage dans 4 à 6 semaines.

- en cas d'immunodépression profonde : effectuer une recherche d'ARN viral par PCR.

SEROLOGIE DE DEPISTAGE DES HIV1 ET 2

Technique Combo Ag/Ac CMIA ABBOTT (LI)

Anticorps anti-HIV(1+2)/Antigène P24 Négatif

Conclusion : Sérologie négative.
En cas de suspicion d'une primo-infection ou de comportement à risque, il est recommandé de réitérer le sérodiagnostic 6 semaines après l'exposition.



Sandrine CHAN
Biologiste

BACTERIOLOGIE

EXAMEN CYTO-BACTERIOLOGIQUE DES URINES

Modalités du recueil : 2ème jet urinaire
Recueilli le 09.03.2017 à 8H50 au laboratoire

CYTOLOGIE URINAIRE

UF 4000/ UD 10 Sysmex ou microscope/Fast Read (MA)

Leucocytes	1 000	/ml	inf. à 10 000/ml
UF 4000/ UD 10 Sysmex (MA)			
Hématies	Inf. à 10 000		
UF 4000/ UD 10 Sysmex (MA)			
Cellules épithéliales	quelques		
Cristaux	Présence		
Phosphates amorphes	nombreux		
Cylindres	absence		
Levures	absence		

CULTURE BACTERIOLOGIQUE

Méthode de référence SFM-REMIC (sur milieux chromogènes ou type "BCP") (MA)

Analyse en cours

"Résultats partiels"

EXAMENS TRANSMIS

COTININE - URINES

(Examen transmis au laboratoire Biomnis)


Sandrine CHAÏA
Biologiste

Dr. BOSSER LOIC
Médecine générale
25 rue Ambroise Fleury
76000 ROUEN
Tel.:02 35 71 13 00
Fax:02 35 89 79 91
10001960045

ROUEN, le 17/03/2017
Mme Véronique ROUSSEL

(17/03/2017) - Consultation

Interrogatoire

FACTEURS DE RISQUES CV :

HTA = 0
TABAC = 0
DIABETE = 0
OBESITE = 0
ATCD FAMILIAUX = 0

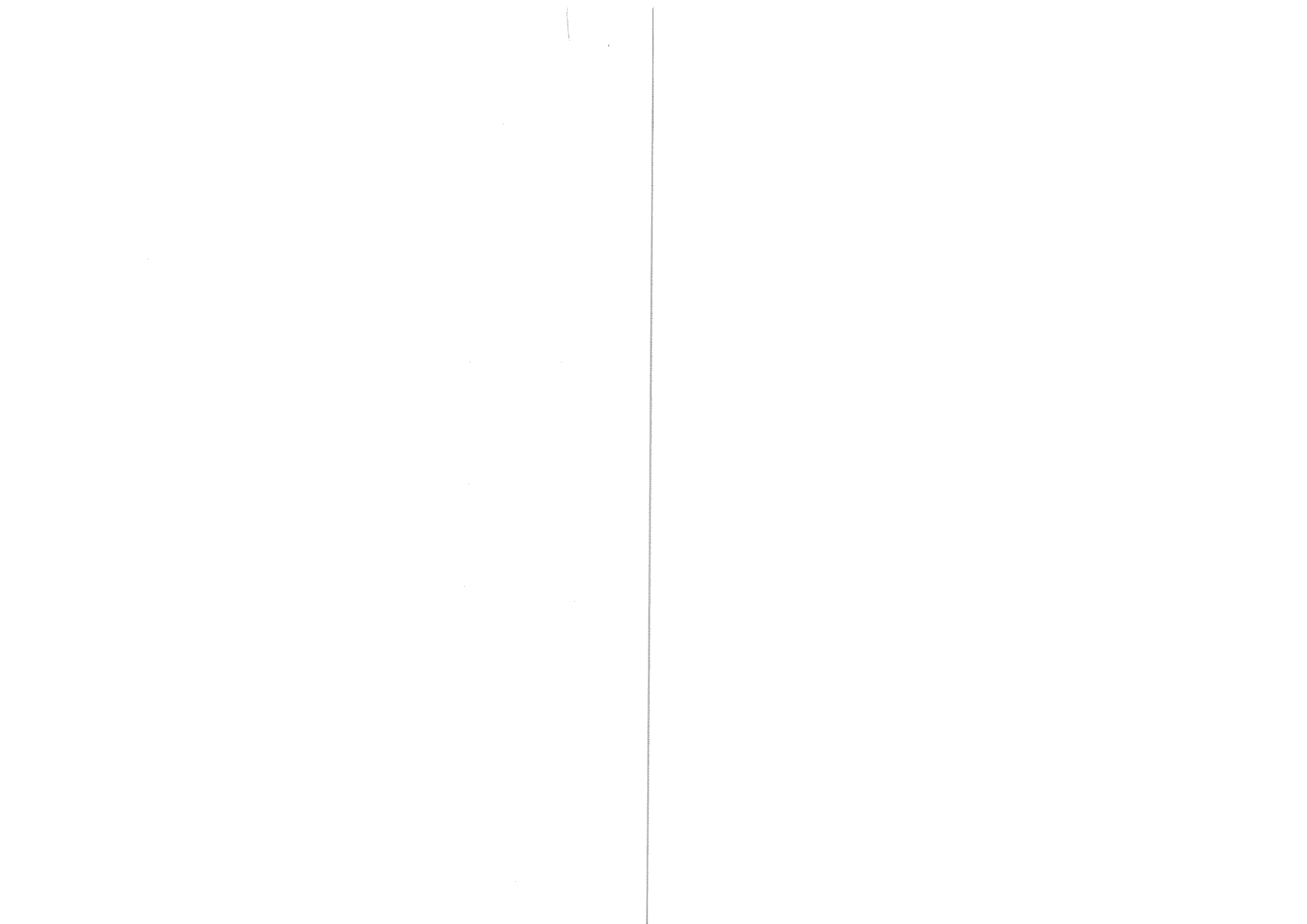
PRATIQUE SPORTIVE REGULIERE
COURSE A PIEDS

Examen

BDC REGULIERS SS SOUFFLE
PAS DE SOUFFLE CAROTIDIENS
PAS DE SOUFFLE FEMORAUX
POULS TOUS PERCUS ET SYMETRIQUES
AUSCULT PULM NLE
OMI = 0
TJ ET RHJ = 0
HSM = 0

Docteur BOSSER Loïc
76 / 110970 1
25, rue Ambroise Fleury
76000 ROUEN
Tél. 02 35 71 13 00 Fax 02 35 89 79 91

Poids	61 kg
Taille	166 cm
Corpulence	22,1 Kg/cm ²
TAS	110 mmHg
TAD	70 mmHg
Fc	45 /mn
LDL	1,25 g/l
Dépistage cancer du sein	Oui
Frottis cervico-vaginal	Oui



CABINET MÉDICAL SAINT-VIVIEN
25, Rue Ambroise Fleury - 76000 ROUEN
Tel.: 0235711300 - Fax : 0235897991

Dr. BOSSER LOIC
Médecine générale
25 rue Ambroise Fleury
76000 ROUEN
Tel.:02 35 71 13 00
Fax:02 35 89 79 91
10001960045

Le 17/03/2017
Patient: Mme Véronique ROUSSEL

RYTHME SINUSAL REGULIER
FC 45/MIN (BRADYCARDIE DU SPORTIF)

AXE NL A 42°
PR
QRS
QT RAS

LEGER SUS ST CONCAVE VERS LE HAUT EN V2 V3 V4 V5 V6 (1 A 2 MM)

PAS DE WOLF PARKINSON WHITE
PAS DE SOKOLOW
PAS DE BRUGADA

BRADYCARDIE REGULIERE ET LEGER SUS ST CONCAVE VERS LE HAUT EN ANTERO LATERAL
EN RAPPORT AVEC LA PRATIQUE SPORTVIE REGULIERE (COURSE A PIEDS)

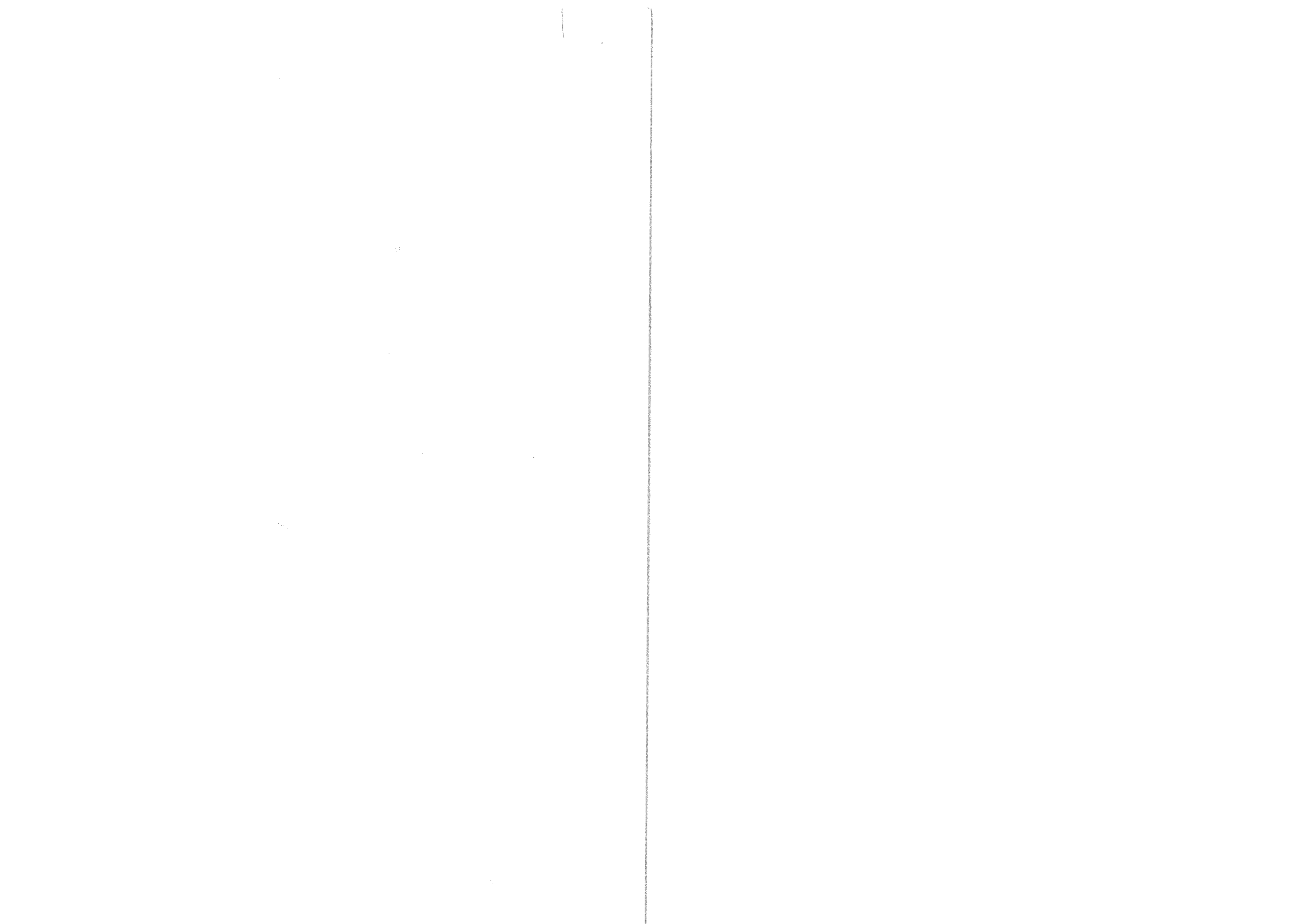
ECG DANS LES LIMITES DE LA NORMALE

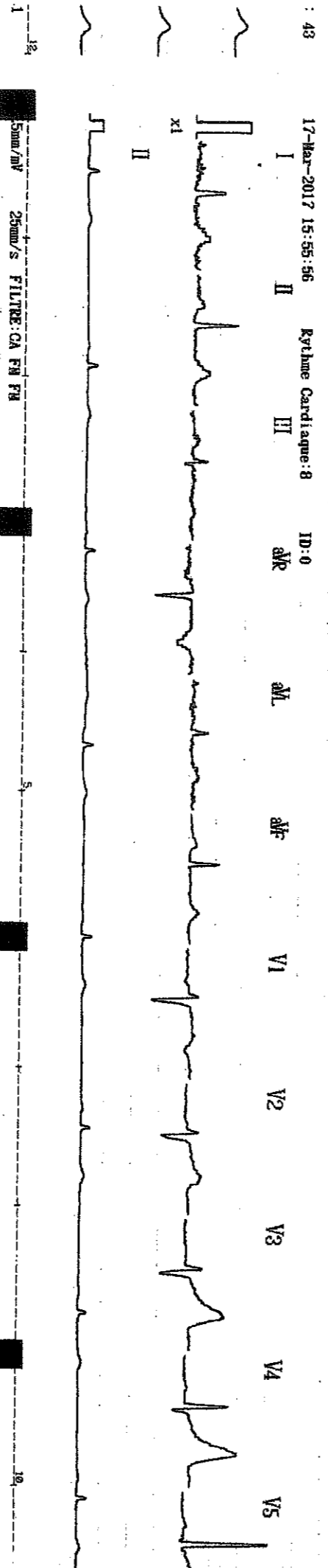
LDL

1,25 g/l

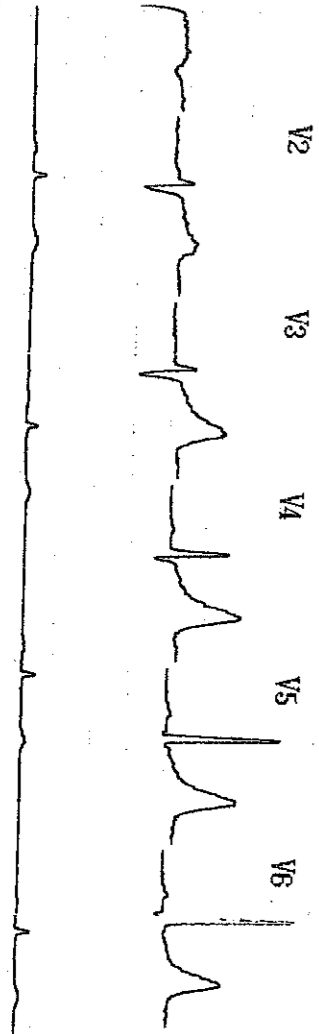
Dr. BOSSER LOIC

Docteur BOSSER Loïc
76 / 110970 1
25, rue Ambroise Fleury
76000 ROUEN
Tél. 02 35 71 13 00 Fax 02 35 89 79 91





Docteur BOSSER-Loïc
 76 / 110970 1
 25, rue Antoinoise Fleury
 76000 ROUEN
 Tél. 02 35 71 13 00 Fax 02 35 89 79 91



Docteur BOSSER Loïc
 76 / 1109701
 25, rue Ardennoise/Fleury
 76000 ROUEN
 Tel: 02 35 41 13 00 Fax: 02 35 89 79 91

** Limite du normal **
 811: BRADYCARDIE SINUSALE
Ruwa vénuvité
le 14/07/02

HR: 48bpm
 R-R: 1369ms
 P-R: 155ms
 QRS: 110ms
 QT: 476ms
 QTc: 406

AXE: 42deg
 RV6: 1.86mV
 SV1: 0.71mV
 R+S: 2.57mV

[MINNESOTA CODE] 8-8-3

Rapport non conf.
Examiné par

1

Biologiste responsable : François CORNU		Biologistes médicaux :	
JC. AZOULAY	H. DESSUANT	V. JACOMO	G. PERAZZA
S. BOURRIQUET	L. DRUART	L. LEFLEM	I. PETIT
C. BOUZ	A. EBEL	A. LIQUIER	B. QUILICHINI
D. BRUNENGO	G. EGEA	T. LY	E. RABUT
E. CART-TANNEUR	A. FORCE	A. MARCILLY	L. RAYMOND
G. CHYDERIOTIS	P. FOURNIER	M. MEKNACHE	I. RIDAH
C. COIGNARD	P. GERRIER	M. NOUCHY	L. RIGOLLET
N. COUPRIE	L. GUILLOUX	G. PANTEIX	O. ROUALDES
M. DAUTIGNY	L. GUISS	L. PELLEGRINA	C. SAULT

AUTORISATIONS : Activités de diagnostic prénatal : analyses de cytogénétique, y compris moléculaire ; analyses de génétique moléculaire ; analyses en vue du diagnostic des maladies infectieuses y compris de biologie moléculaire ; analyses de biochimie y compris les analyses portant sur les marqueurs sériques maternels ; Examens des caractéristiques génétiques d'une personne ou de son identification par empreintes génétiques ; Activité biologique d'assistance médicale à la procréation ; Autorisation de détention et/ou d'utilisation de sources de rayonnements ionisants à des fins de médecine nucléaire.

Dossier : 20438 **77810-10.03.17**
 Enregistré le 10 Mars 2017, à 00h03
 Edité le 10 Mars 2017, à 12h05
 Transmis par : LBM BIO LBS BOOS
 Références : **7SBO068043**

030404042 2043877810 T/ **ROU180/000**

Madame ROUSSEL VERONIQUE
 41 ALLEE DES 2 FERMES
 76160 ST MARTIN DU VIVIER

Exemplaire destiné à la patiente

Résultat d'analyse : **Madame ROUSSEL, VERONIQUE** née HAUCHARD,
 41 ALLEE DES 2 FERMES 76160 ST MARTIN DU VIVIER
 Née le 14 Juillet 1962, âgée de 54 ans.
 Prélèvement du **09 Mars 2017 à 08h42**

EXAMENS URINAIRES

Cotinine (Immunoenzymologie -THERMO)

Résultat **< 40 µg/L**

> 500 µg/L : fumeur actif

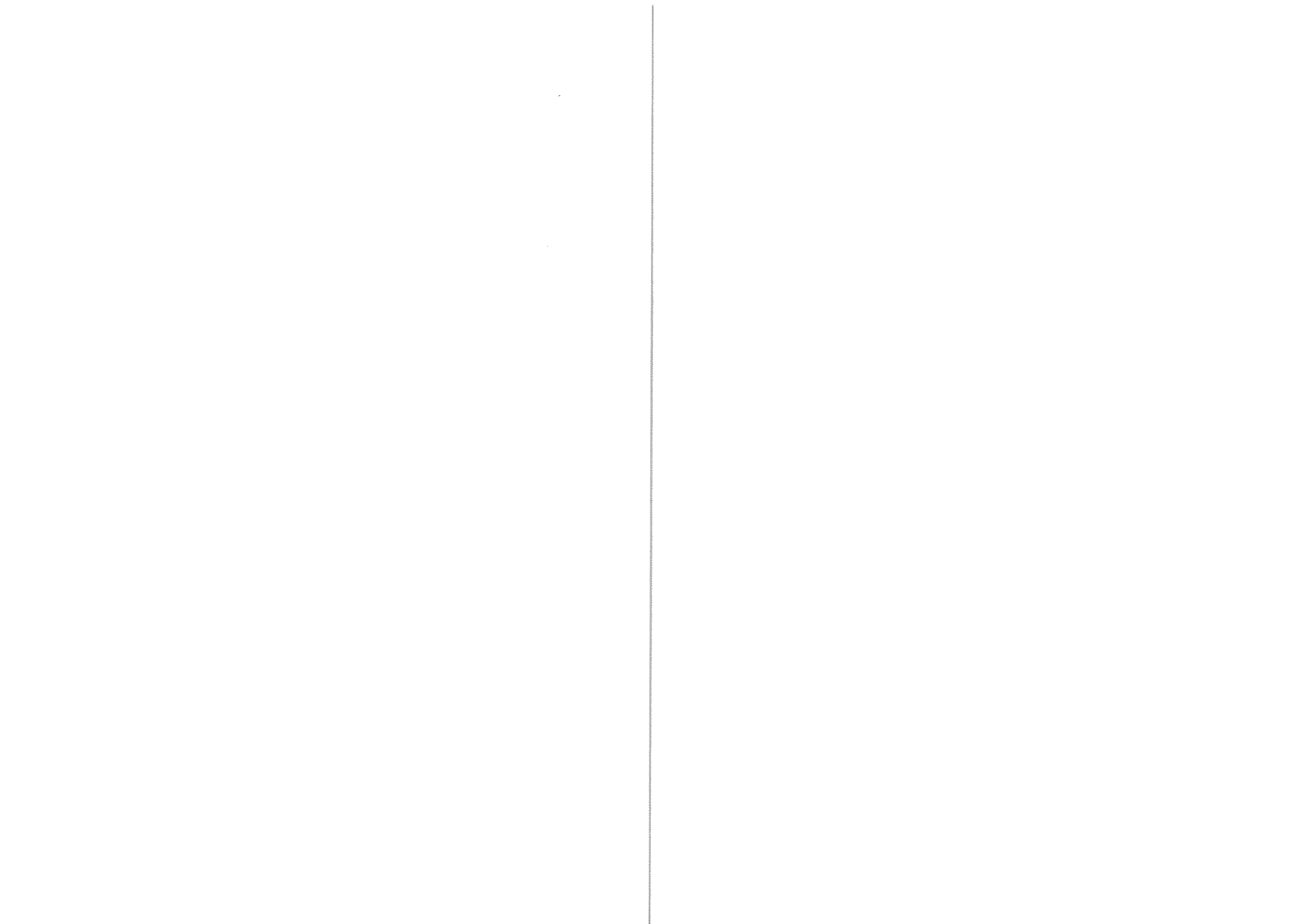
Réalisé par Biomnis IVRY - Validé par : Dr Isabelle PETIT


 François CORNU

Dossier complet

Conformément aux textes en vigueur, votre échantillon biologique sera éliminé à l'issue du délai légal de conservation ou, sauf avis contraire de votre part formulé par écrit à l'attention de notre Secrétariat Médical, utilisé ou transféré, de manière anonyme et respectant le secret médical, à des fins scientifiques ou de contrôle qualité.

9701 - 3/12



Docteur Fanny BOUCHINET

CARDIOLOGUE

761005032

Clinique Saint-Hilaire
26 bis Bd Gambetta
76000 ROUEN

Tél : 02 35 08 67 32
Fax : 02 35 08 67 31

Dr. BOSSER Loïc

25, Rue Ambroise Fleury
76000 ROUEN

Rouen, le 31/03/2017

Cher ami,

Merci de m'avoir adressé Mme ROUSSEL Véronique (14/07/1962), pour son bilan cardiaque.

Mme Roussel ne relate pas de facteurs de risque cardiovasculaire (hypercholestérolémie = 0, diabète = 0, tabac = 0, HTA = 0, hérédité cardiovasculaire = 0).

Ses antécédents personnels sont marqués par une hypothyroïdie substituée.

Activité physique Course à pieds 2/sem

A l'interrogatoire :

Pas de douleur thoracique, ni dyspnée, ni palpitation ni lipothymie.

A l'examen :

Poids = 61kg, Taille = 1.66 m

Bruits du coeur réguliers sans souffle ni frottement. Pas de signe congestif. Axes vasculaires perçus sans souffle. TA = 120/60mmHg

ECG : Rythme sinusal à 48 bpm, PR = 160ms, QRS = 80ms, axe normal, Repolarisation normale, QTc 410 ms.

Biologie : LDL = 1.25 g/L, HDL = 0.66g/L, GAJ = 0.95 g/L, créat = 85 µmol/L.

Conclusion :

L'examen clinique et l'électrocardiogramme de Madame Roussel Véronique sont parfaitement normaux.

Les facteurs de risque cardio-vasculaire sont très bien maîtrisés.

Je n'ai pas d'argument pour une cardiopathie sous-jacente. Elle réalisera le test d'effort comme demandé par les compagnies d'assurances.

Je reste à votre entière disposition. Bien amicalement.

Docteur FANNY BOUCHINET

Courrier réalisé par synthèse vocale.



.....
 M / F
 Age:
 cm / kg

FC: 48/min
 Axes: P 66°
 QRS 53°
 T 43°
 Intervals:
 RR 1251 ms
 P 102 ms
 PQ 164 ms
 QRS 84 ms
 QT 456 ms
 QTc 411 ms
 P (I1) 0.13 mV
 S (V1) -0.66 mV
 R (V5) 1.59 mV
 Sokol. 2.25 mV

10 mm/mV

10 mm/mV



25 mm/s

0.05-35Hz FS0 SSF S85 Ve 31-MAR-17 06:48:16

Docteur BOUCHINET

H1-102 1.37 mm

1
2
3

4
5
6

7
8
9

10
11
12

13
14
15

16
17
18

19
20
21

CENTRE D'EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES

Clinique de l'Europe :

Bât. : consultations (4^{ème} étage)
61 boulevard de l'Europe
76100 ROUEN

Clinique Saint-Hilaire

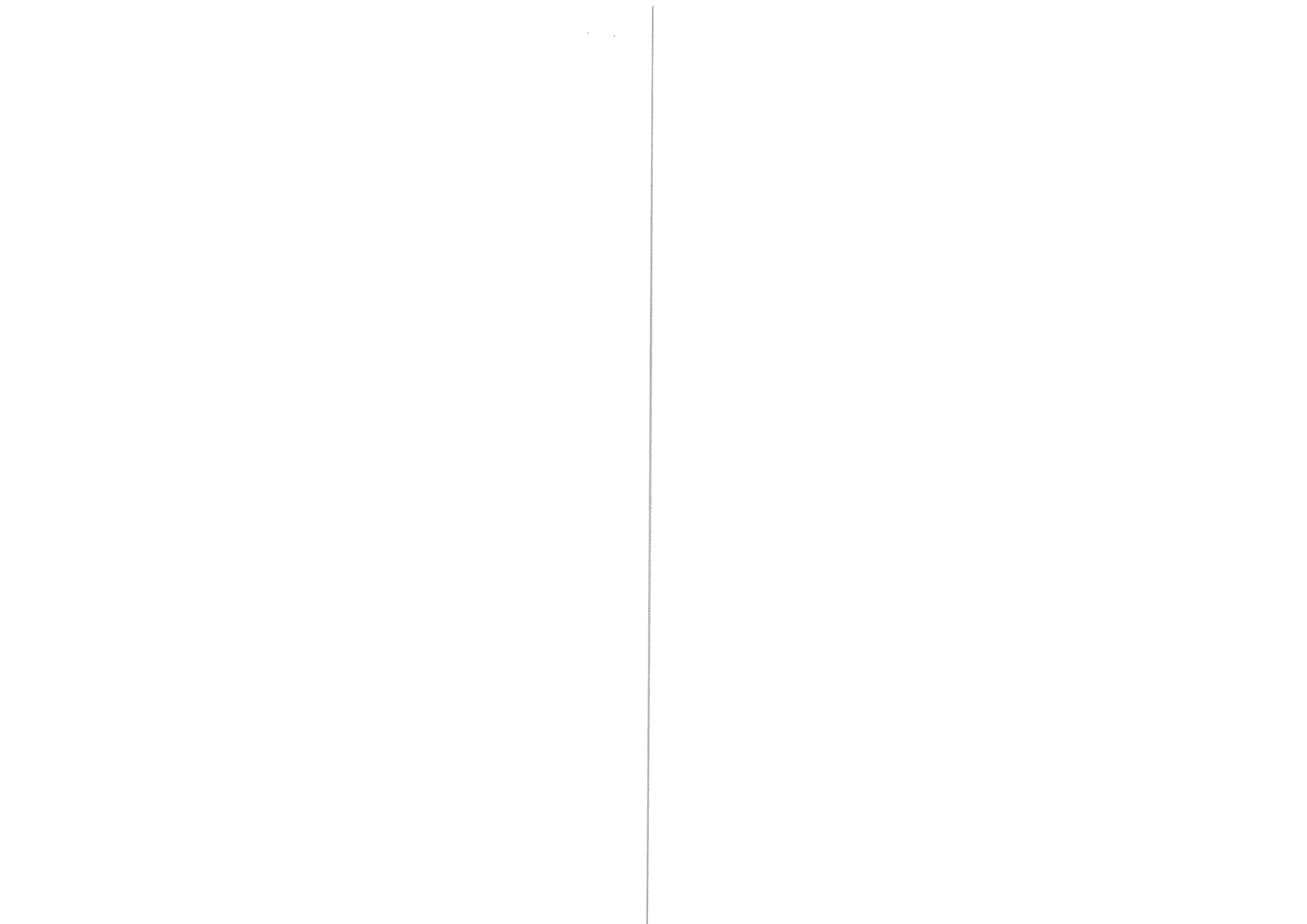
Bât. : consultations (2^{ème} étage - Porte 207)
26 bis boulevard Gambetta
76000 ROUEN

- ECHO DE STRESS
- TEST À L'EFFORT
- TEST À L'EFFORT - VO2 max
- ECHO-DOPPLER
- E. T. O.
- HOLTER
- MAPA

NOM : Roussel

Prénom : Veronique

Docteur : BOUCHINGE



C.E.C.V. 76000 ROUEN

RAPPORT D'EPREUVE D'EFFORT

Nom du patient: ROUSSEL, Véronique
 Date naissance: 14.07.1962
 Taille:
 Poids:

Age: 54A.
 Sexe:

Date d'examen: 07.04.2017
 Type d'épreuve: --
 Protocole: 45/45/3

Médecin demandeur : DR BOUCHINET

Technicien: Elise

Medicaments:

--

Antécédents médicaux:

--

Motif de l'épreuve:

Examen diagnostique

Sommaire de l'épreuve d'effort

Phase	Palier	Durée pal.	Charge (W)	tours (tpm)	FC (/min)	TA (mmHg)	Commentaire
PRETEST		00:07	0	0	48	110/80	
EFFORT	PALIER 1	03:00	45	69	79	120/80	
	PALIER 2	03:00	90	71	107	160/80	
	PALIER 3	03:00	135	74	142	180/80	
	PALIER 4	00:19	180	70	150		
RECUP.		02:01	0	1	89	120/80	

Le patient a exécuté l'effort conformément au protocole 45/45/3 pendant 9:19 min, parvenant à une Charge maximale: 180 Watt.

La fréquence cardiaque de repos initiale 49 /min est passée à une fréquence cardiaque max. de 151 /min ce qui représente 90 % de la fréquence maximale basée sur l'âge.

La pression artérielle au repos 110/80 mmHg est passée à une pression max. de 180/80 mmHg.

L'épreuve d'effort a été interrompue en raison de Fatigue du patient.

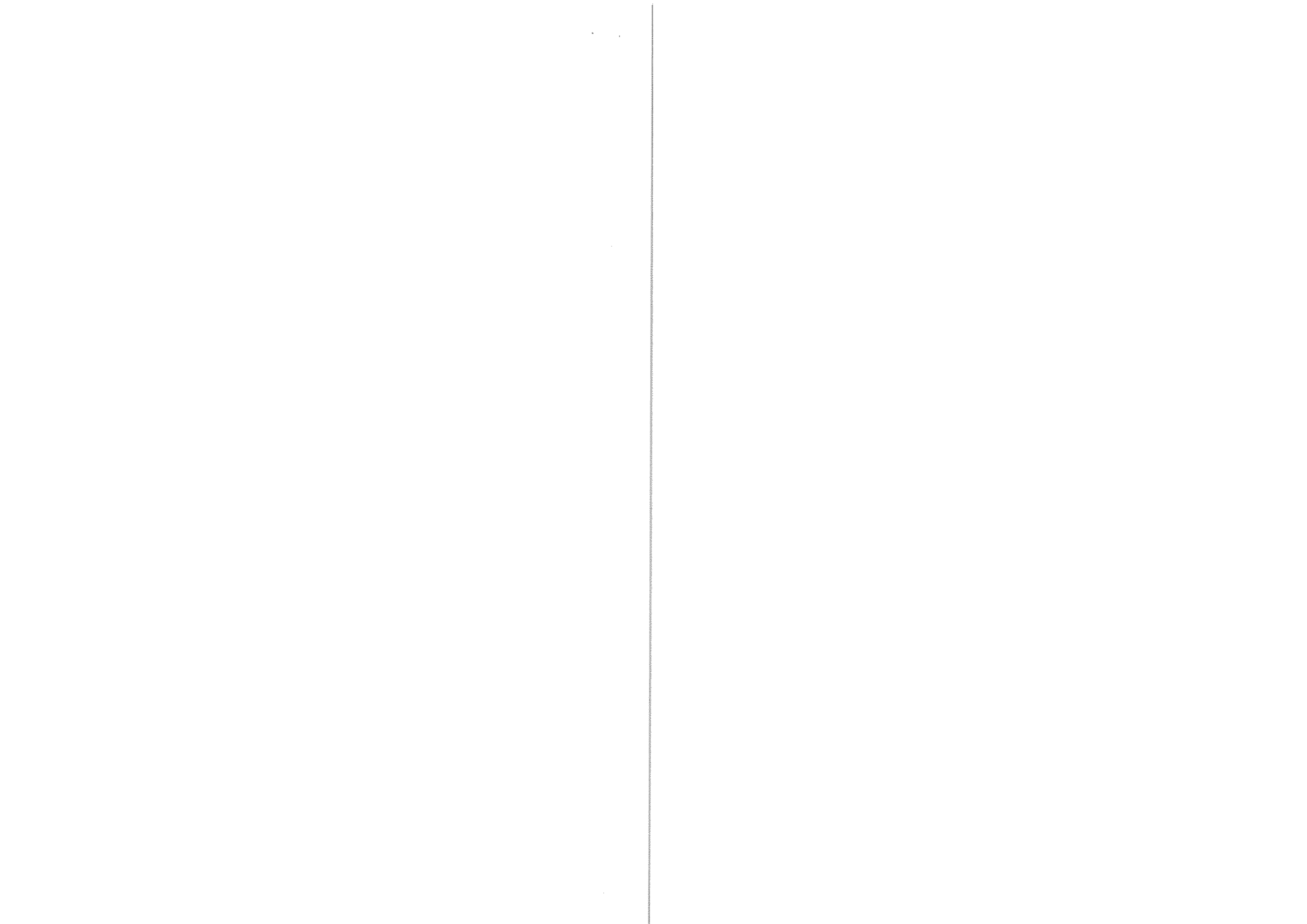
Interprétation

Résumé: ECG de repos: Normal. Performances: bonnes. Réponse FC à l'effort: Normale. Réponse TA à l'effort: Profil tensionnel normal à l'effort. Douleurs thoraciques: aucune. Arythmies: Aucune. Modifications du segment ST: aucune. Impression générale: Epreuve d'effort normale.

Conclusions

test négatif

Médecin : DR DE CORBIERE



45/45/3 au total Durée de charge 09:19
 FC max : 151 /min 90% de max. calculée 166 /min
 TA maximale: 180/80 Charge maximale: 180 Watt = 1.0 METS
 Max Amplitude ST -0.65 mm en V5; EFFORT PALIER 4 9:19

Motif du test : Examen diagnostique
 Historique médical:

Médecin opérateur: DR DE CORBIERE Médecin traitant:

Infirmière: Elise Type d'épreuve:

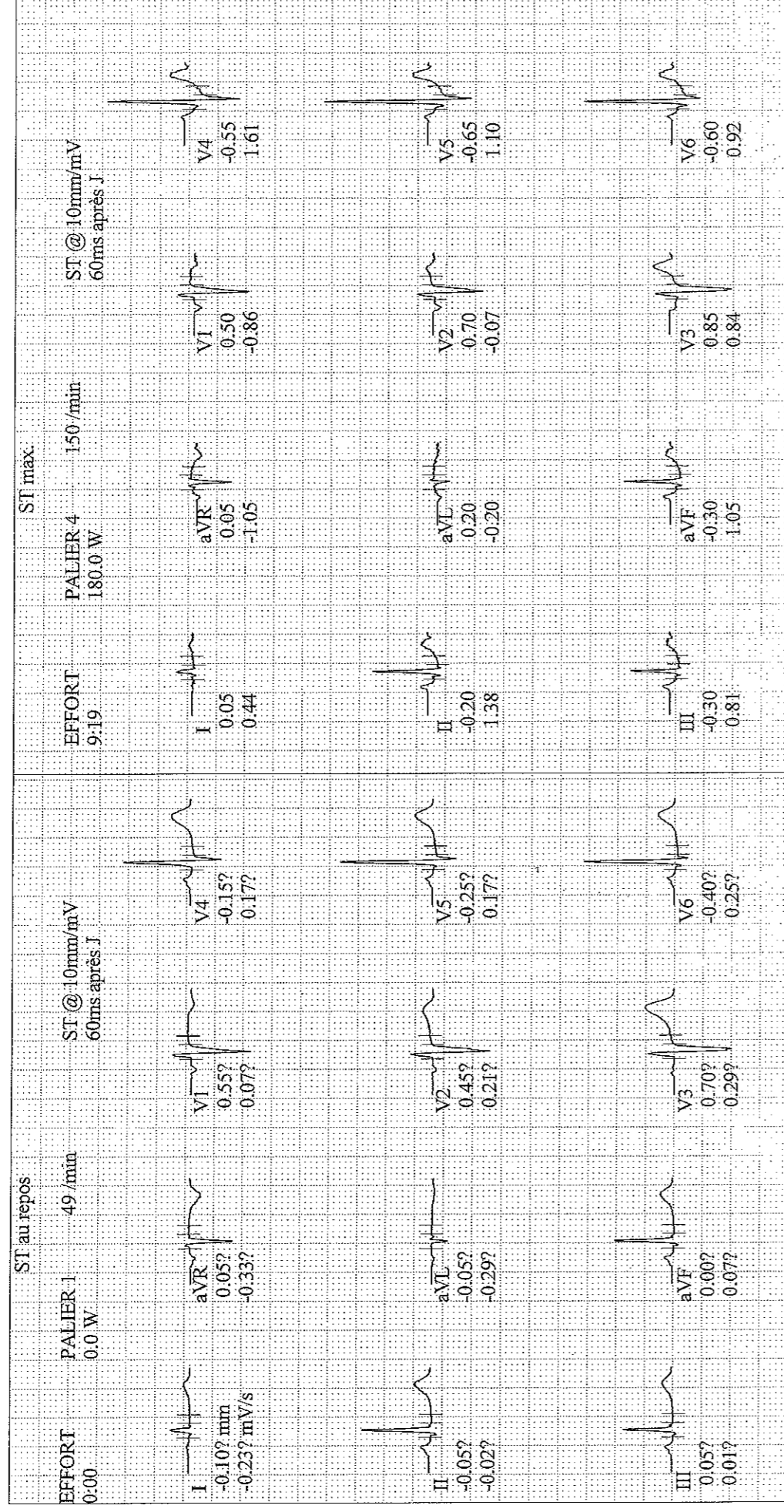
Commentaire:

Critères d'arrêt: Fatigue du patient
Résumé: ECG de repos: Normal. Performances: bonnes. Réponse FC à l'effort: Normale. Réponse TA à l'effort: Profil tensionnel normal à l'effort. Douleurs thoraciques: aucune. Arythmies: Aucune. Modifications du segment ST: aucune.

Impression générale: Epreuve d'effort normale.

Conclusion: test négatif

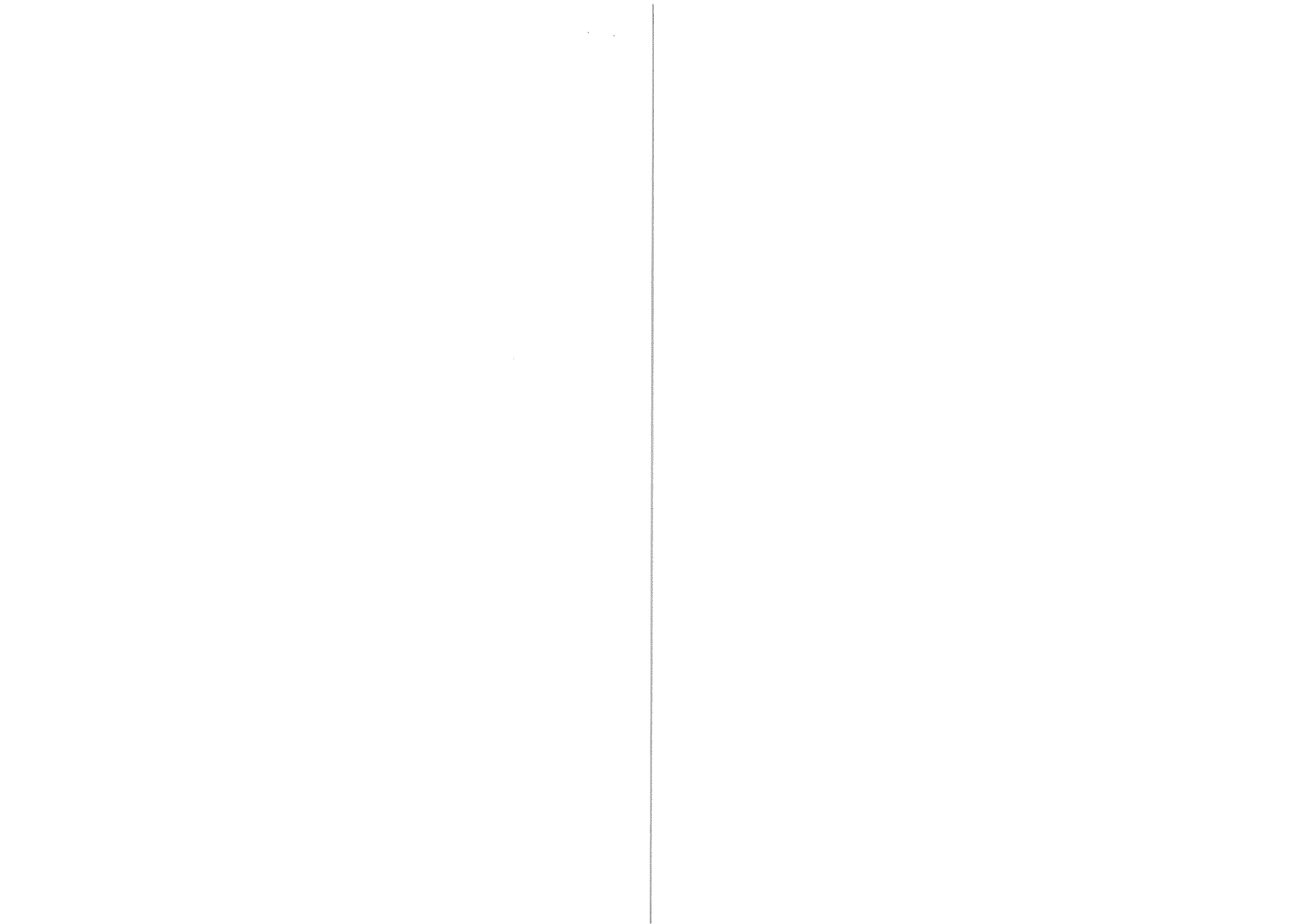
N° de localisation: * 0 *



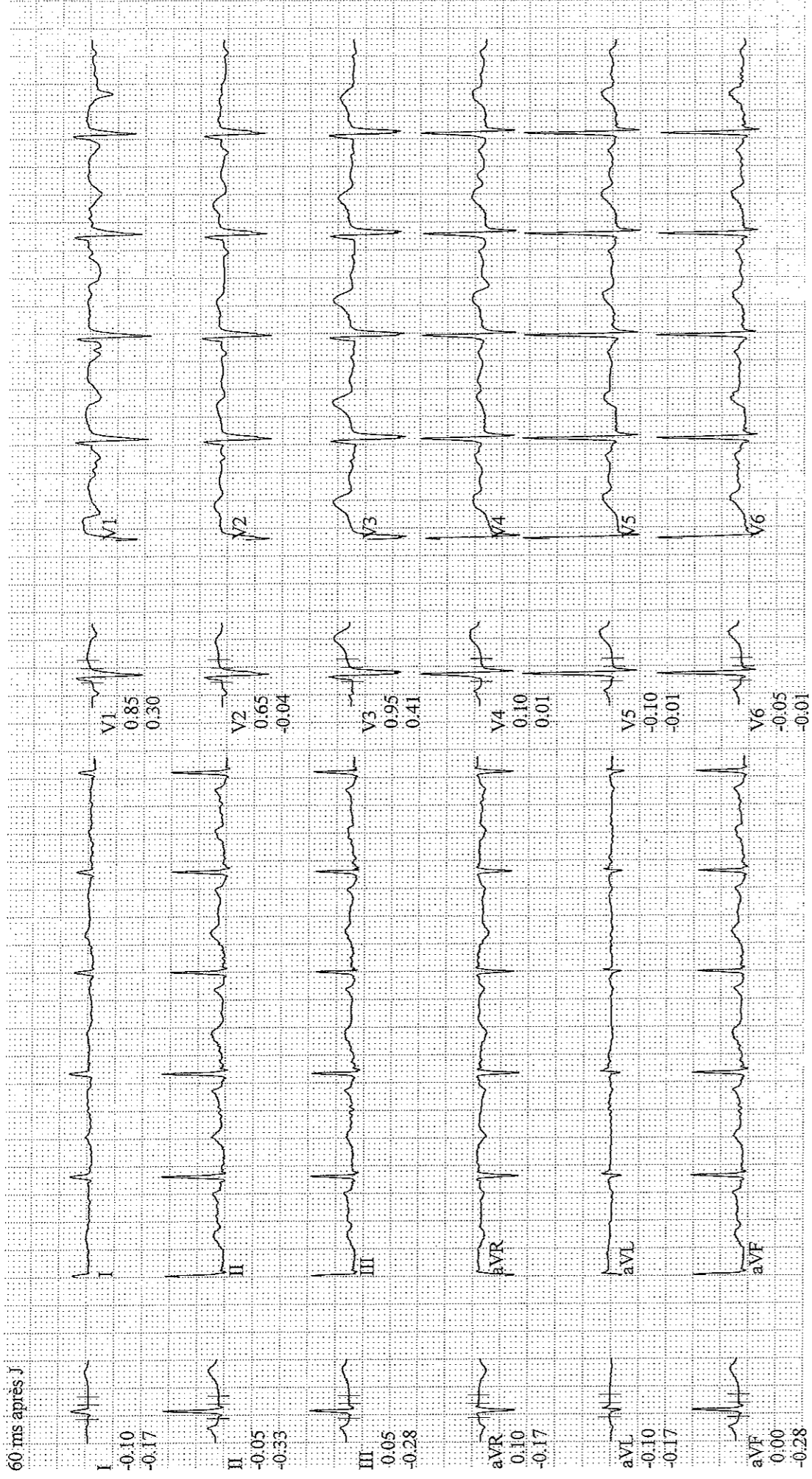
GE CardioSoft V6.51 (2)
 25mm/s 10mm/mV 50Hz 0.01Hz FRF+

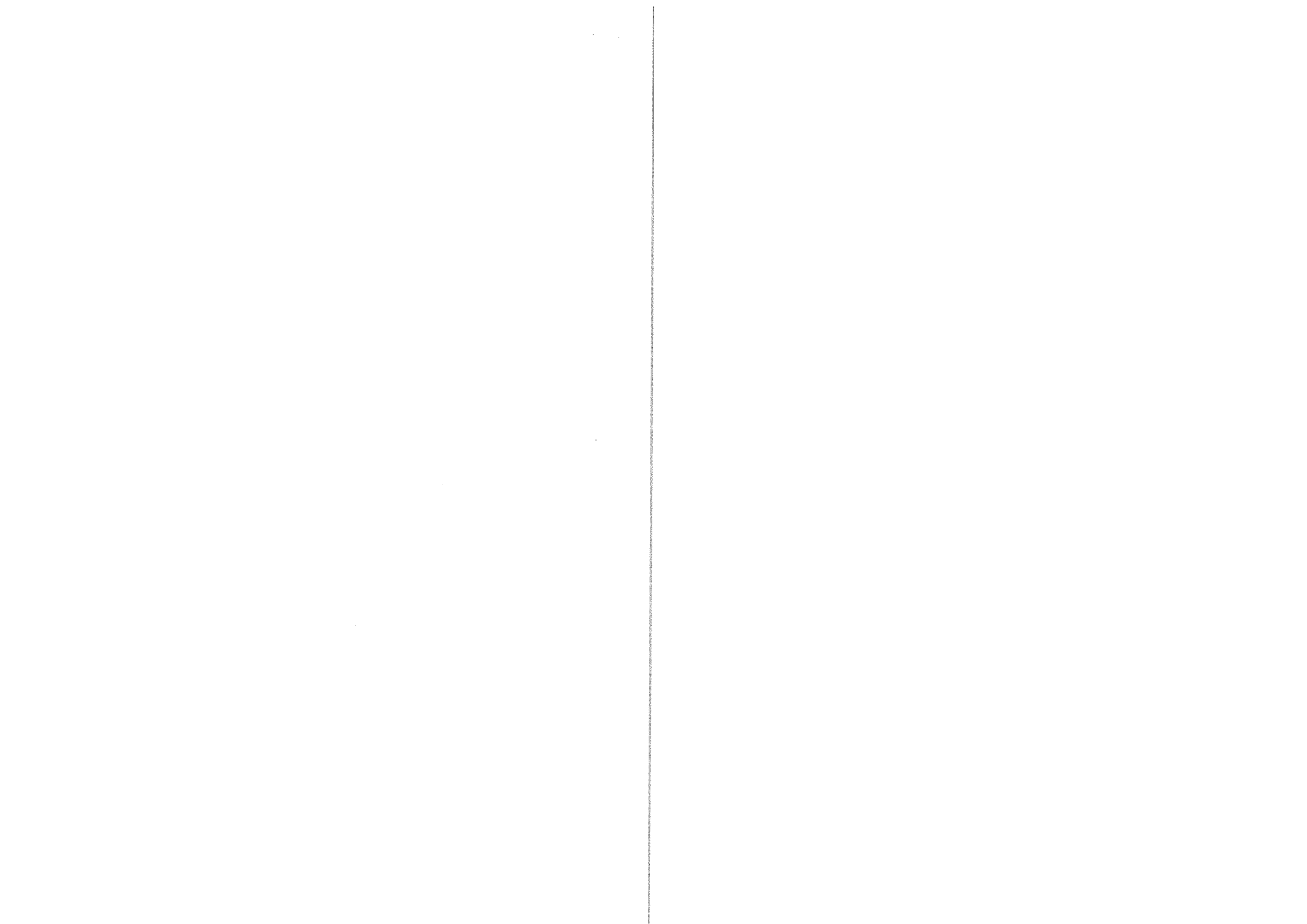
Non confirmé

Médecin demandeur: DR BOUCHINET



Dérivation
Amplitude ST (mm)
Pente ST (mV/s)



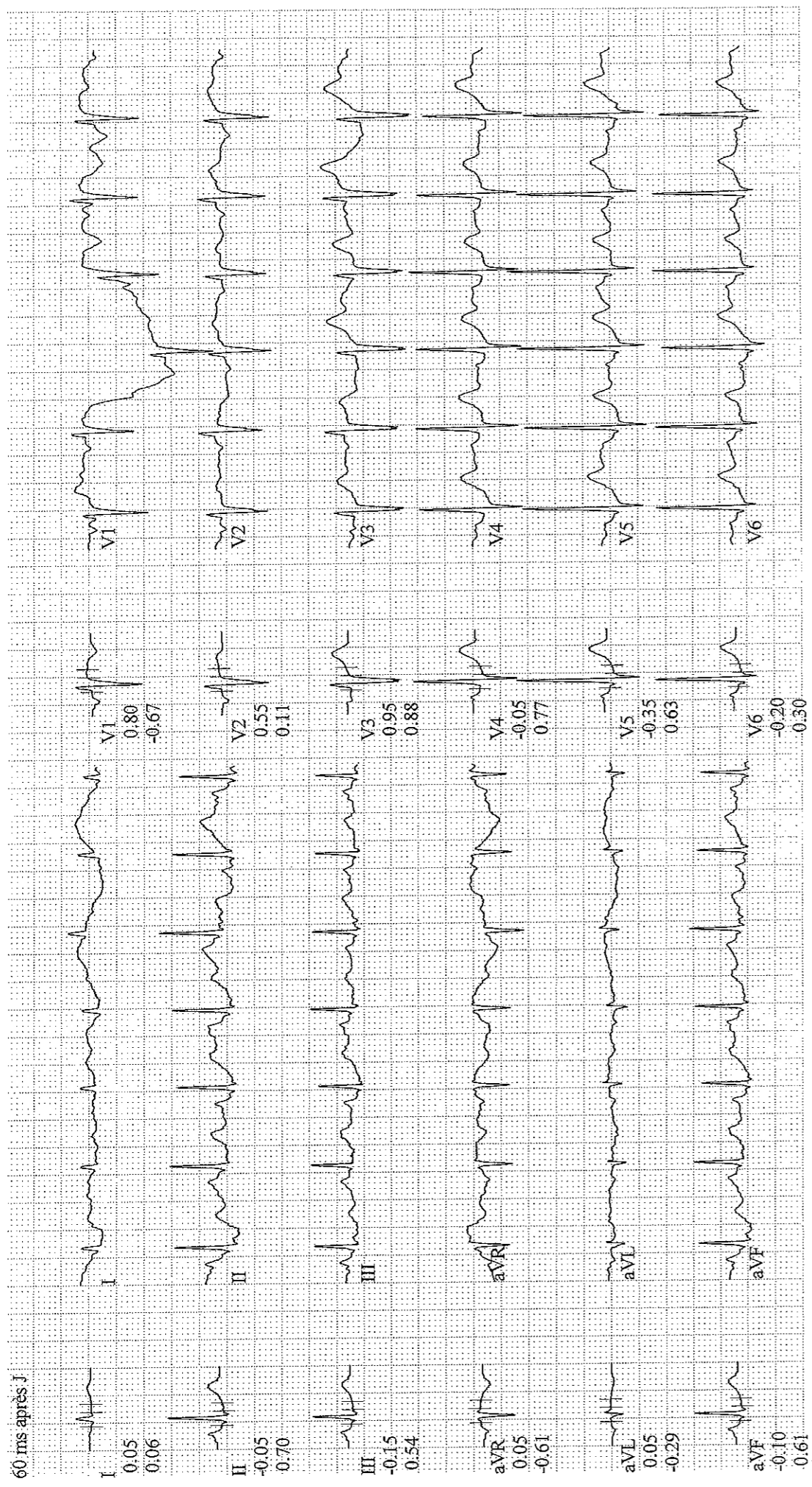


EFFORT
PALIER 2
05:50

45/45/3
90 W
73 tpm

106 /min
02:04 160/80 mmHg

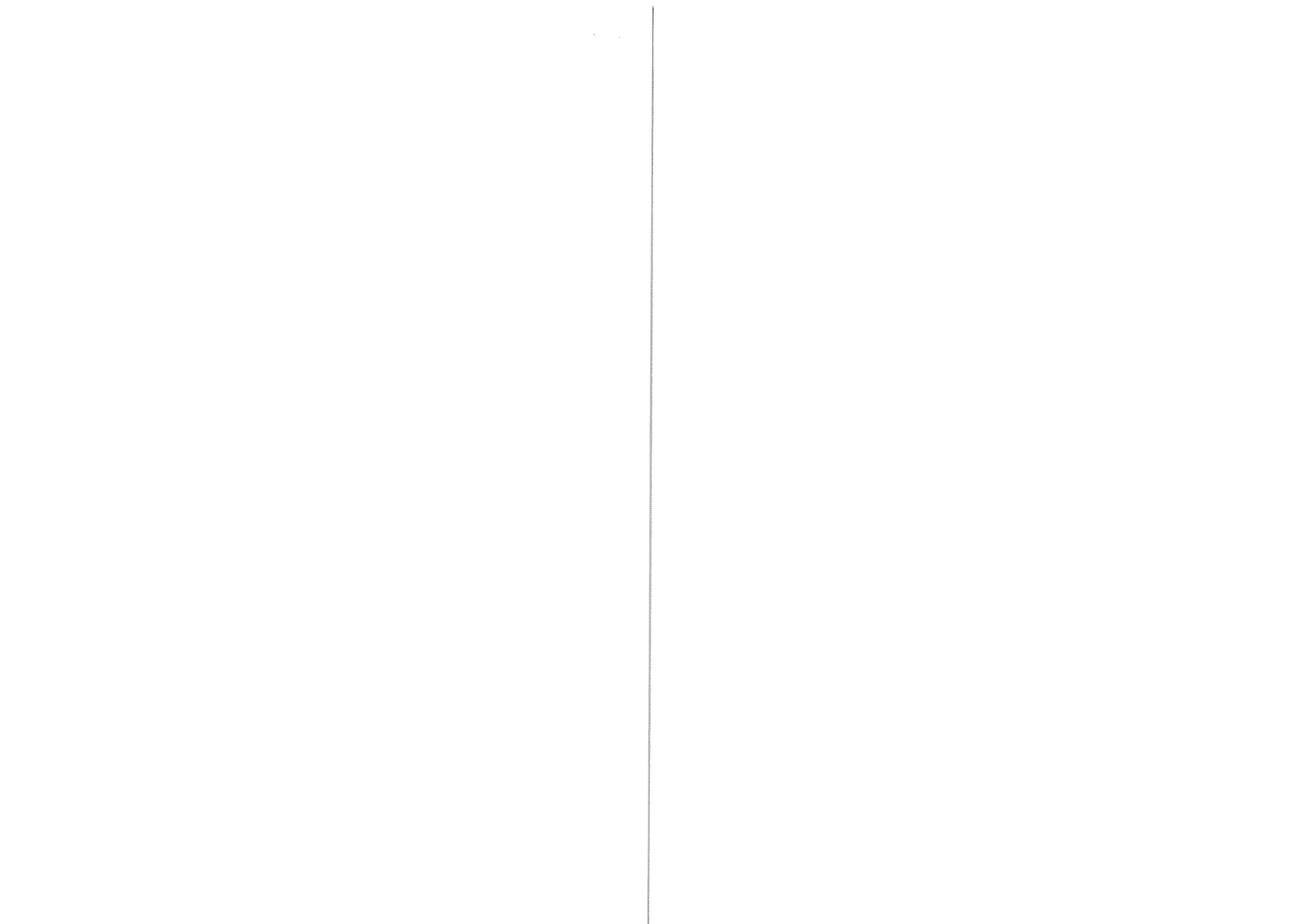
Dérivation
Amplitude ST (mm)
Pente ST (mV/s)



GE CardioSoft V6.51 (2)
25 mm/s 10 mm/mV 50Hz 0.01Hz FRF+ FC(V5,V4)

Non confirmé

Médecin demandeur: DR BOUCHINET



ROUSSEL, Véronique
N° patient 31290
07.04.2017
12:12:54

Epreuve d'effort

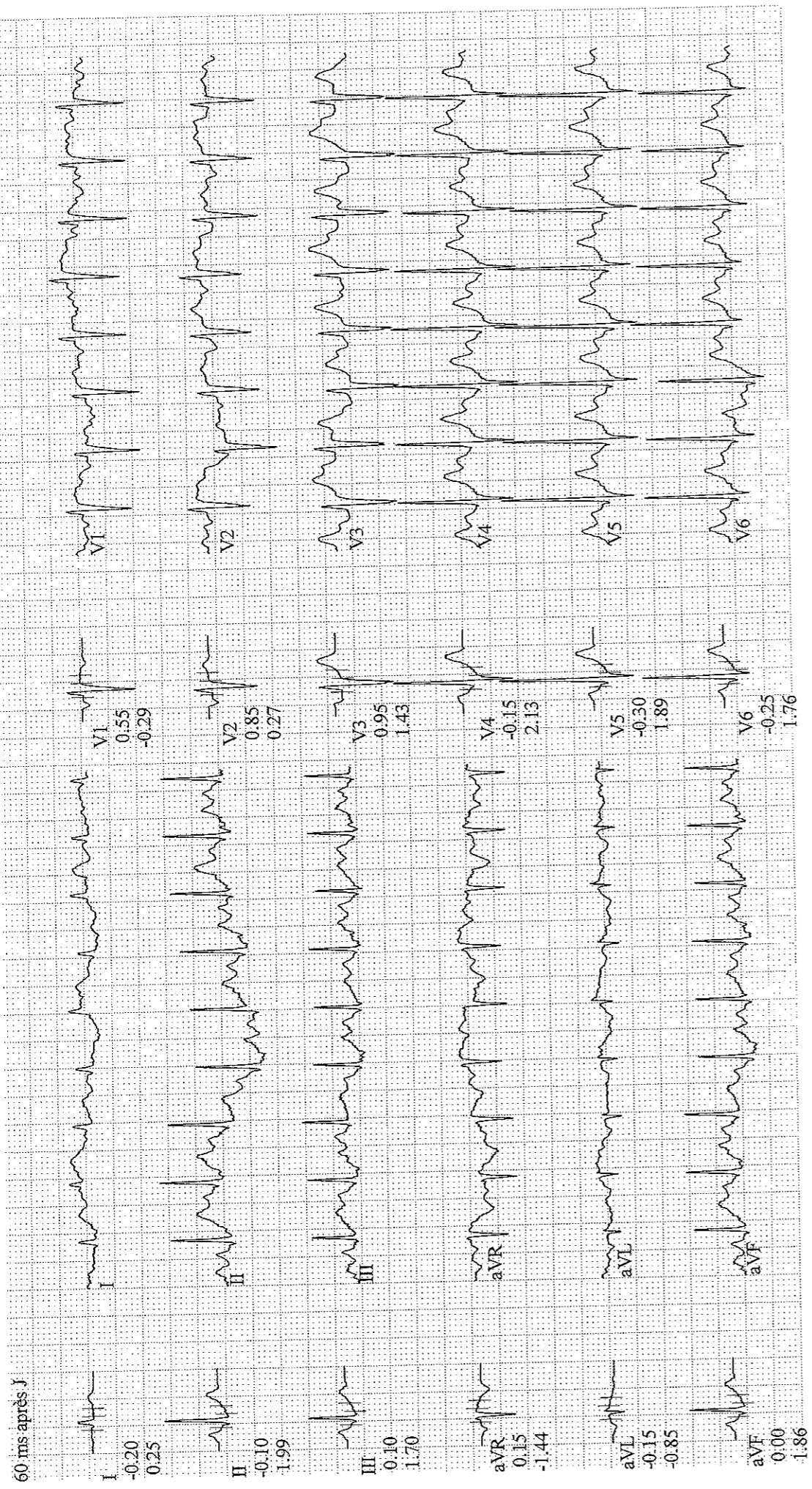
144 /min
02:24 180/80 mmHg

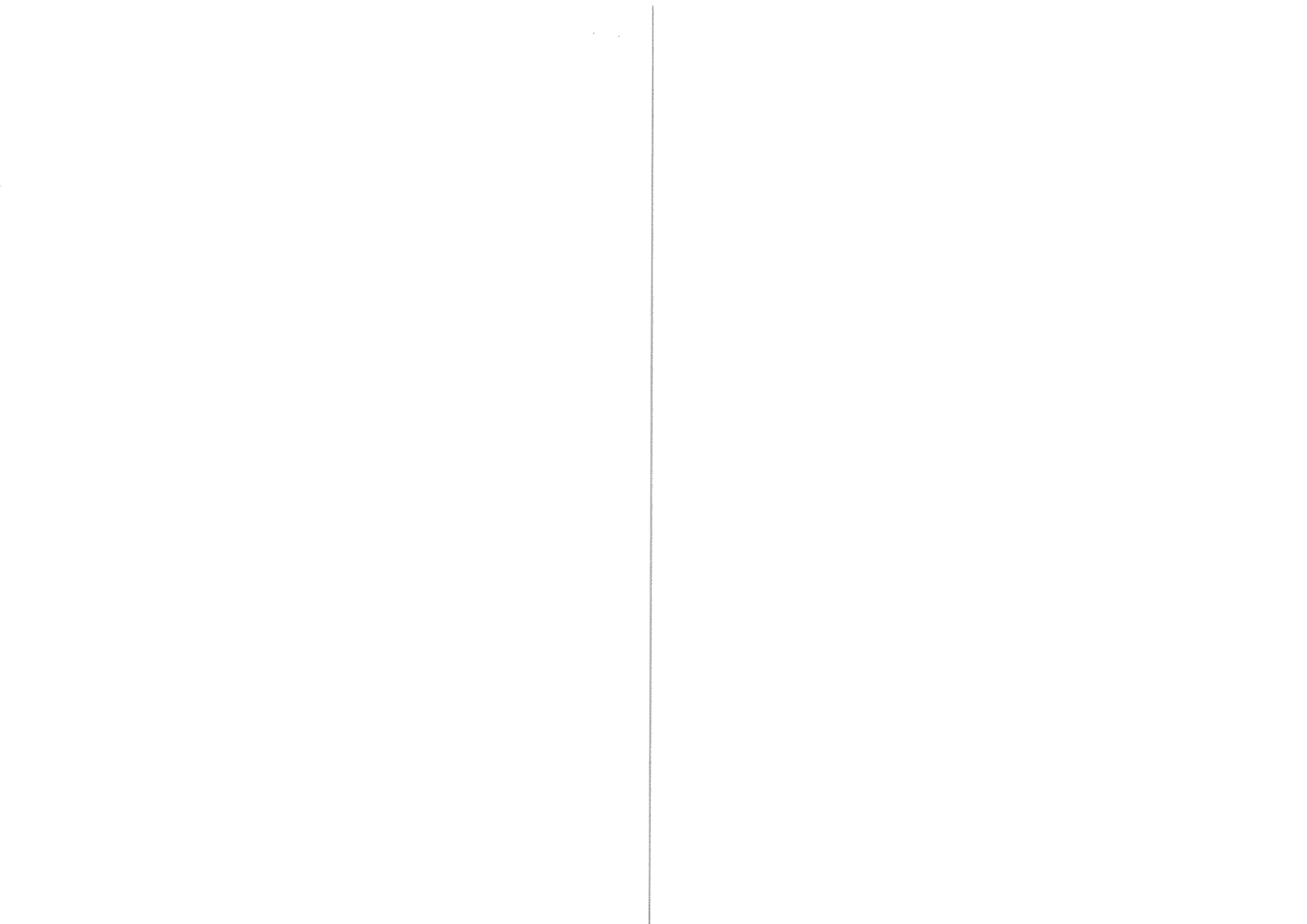
EFFORT
PALJER 3
08:50

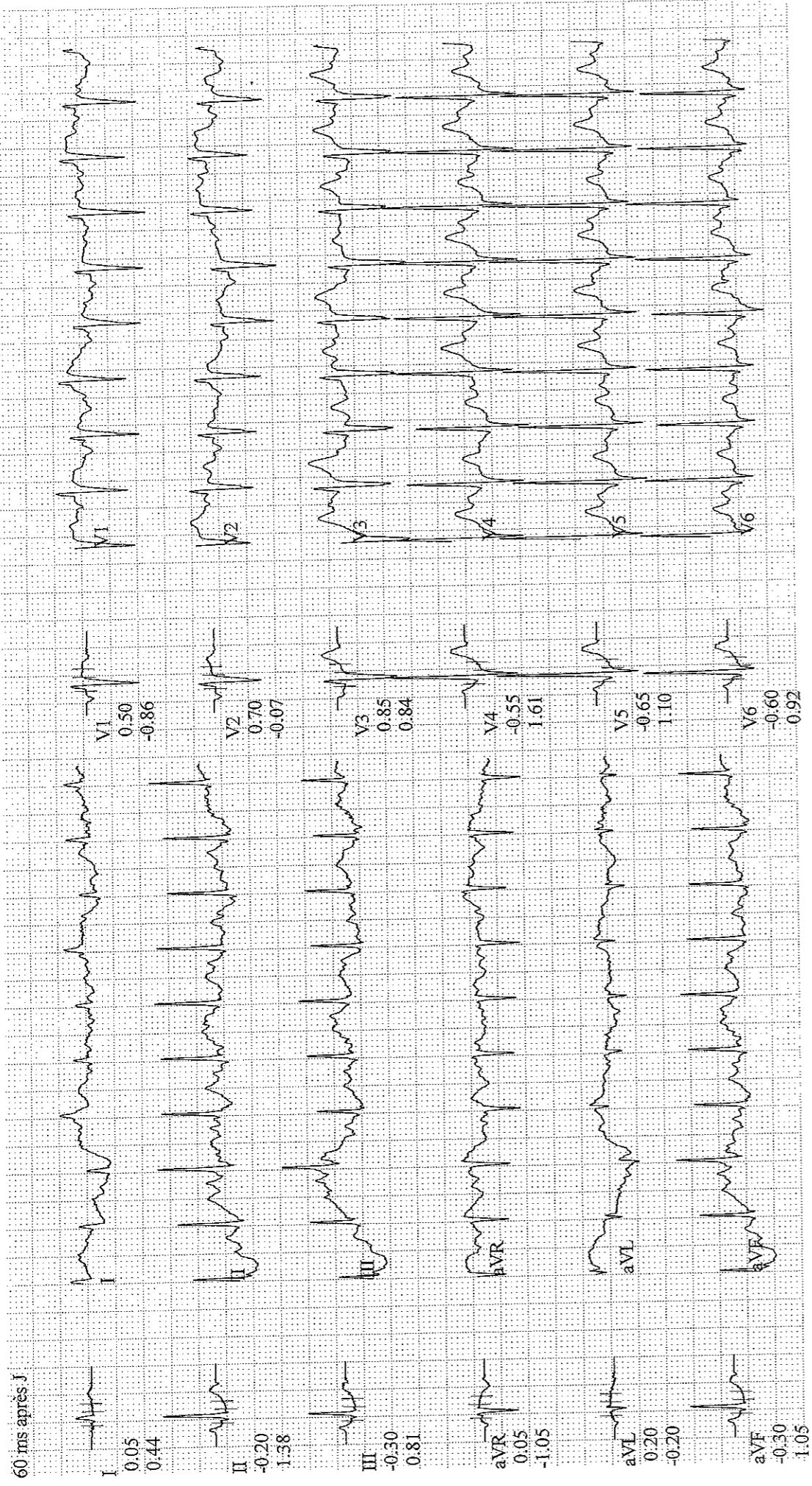
45/45/3
135 W
72 tpm

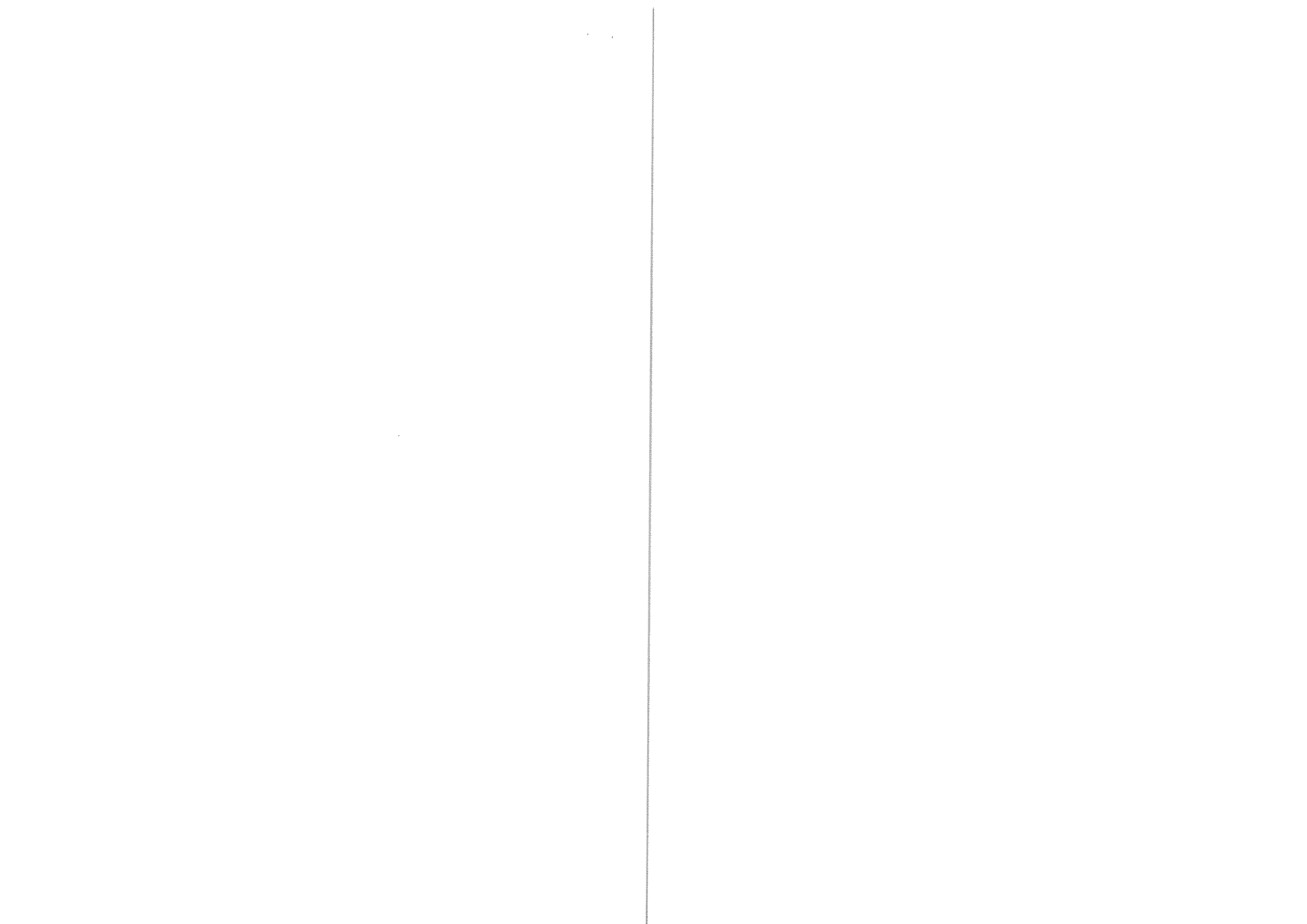
C.E.C.V. 76000 ROUEN

Dérivation
Amplitude ST (mm)
Pente ST (mV/s)







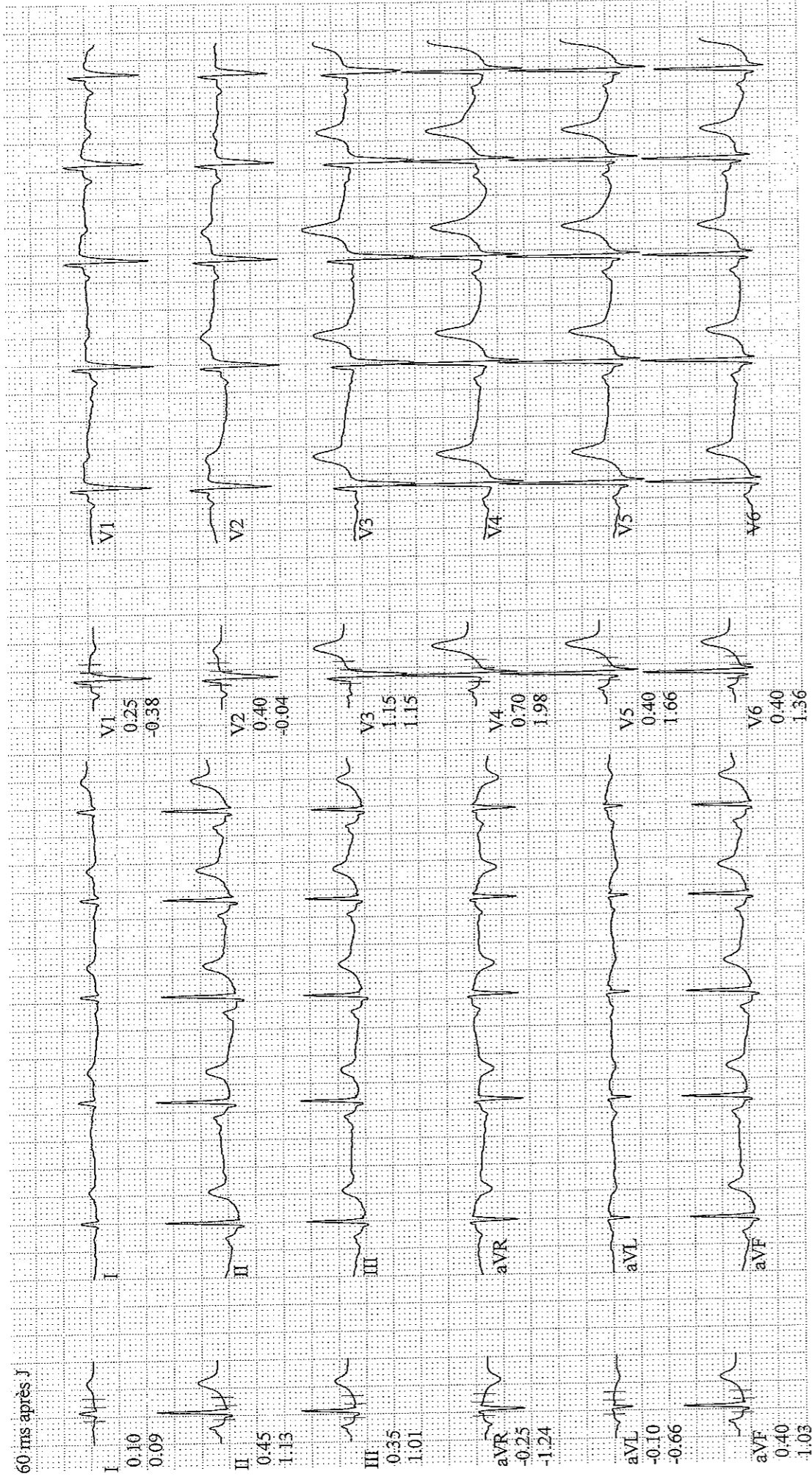


RECUP.
#1

45/45/3
0 W
7 tpm

85 /min
01:49 120/80 mmHg

Dérivation
Amplitude ST (mm)
Pente ST (mV/s)



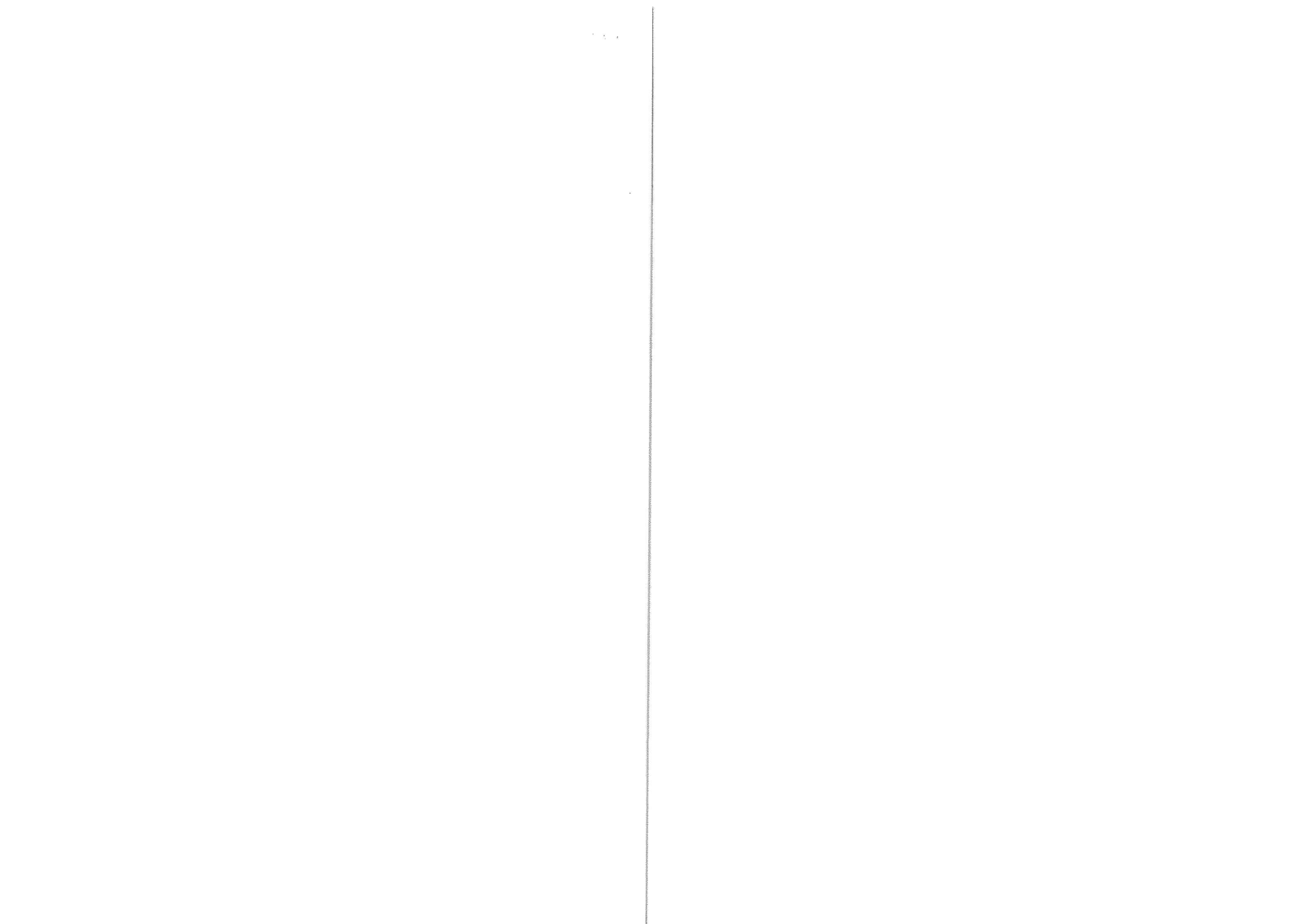
GE CardioSoft V6.51 (2)
25 mm/s 10 mm/mV 50Hz 0.01Hz FRF+ FC(V5,V4)

Non confirmé

Médecin demandeur: DR BOUCHINET

Page

5



Prescription : FOURNIER CLAIRE
Date d'achat : 28/01/2017
Verres :
Oeil Droit :
-1.75 (+0.75) 20 ° 2.25
Prisme : Base :
BGR_MF P. PRIMO 1.5 Xper.GrU.

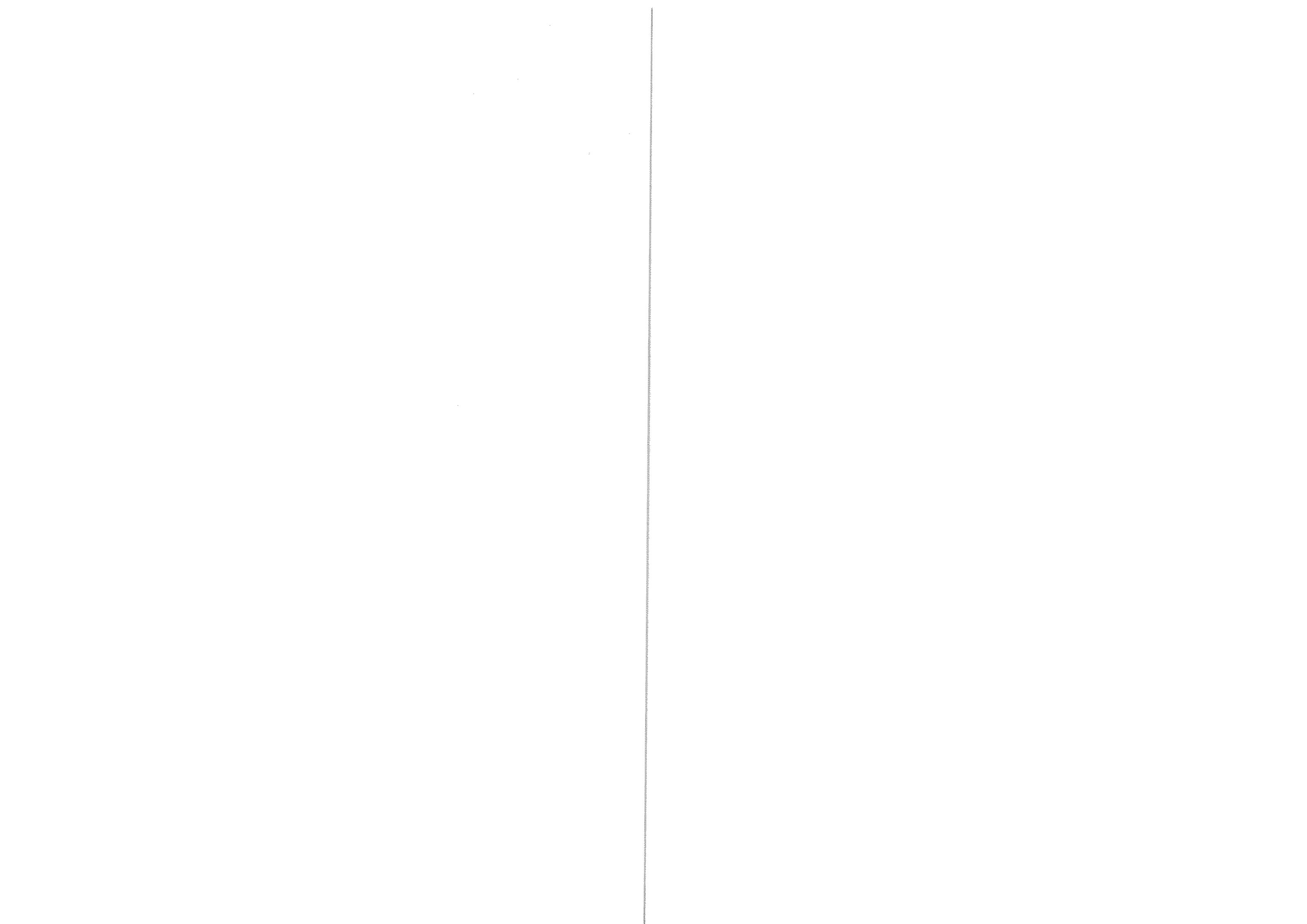
Oeil Gauche :
-2.25 (+0.50) 165 ° 2.25
Prisme : Base :
BBGR_MF P. PRIMO 1.5 Xper.GrU.

Contrôle de la puissance des verres, du centrage, respect de l'axe, et du montage.

Certifié conforme	
Montage	Contrôle qualité
<i>[Signature]</i>	<i>[Signature]</i>
GARANTEE CASSE Monture : 2 ans (28/01/2019) Verres : 2 ans avec franchise de 30% (28/01/2019)	

Monture :
Opticiens Mutualistes ROUEN DROITE
T. 02.32.08.12.82

Verrière ROUEN



Dr. BOSSER LOIC
Médecine générale
25 rue Ambroise Fleury
76000 ROUEN
Tel.:02 35 71 13 00
Fax:02 35 89 79 91
10001960045

ROUEN, le 17/03/2017
Mme Véronique ROUSSEL

(10/02/2017) - HPRIM: 0507913

YVETOT, le 03 mars 2017

Ref: 0507-913

Cher confrère,

Dans le cadre de la campagne de dépistage du cancer du sein, votre patiente :
MME ROUSSEL VERONIQUE - Née le 14/07/1962
41 Allée DES 2 FERMES
76160 ST MARTIN DU VIVIER

a passé une mammographie le 10/02/2017.

Je vous informe que celle-ci est négative en 1ère et 2ème lectures.

Votre patiente est également avisée de ce résultat.

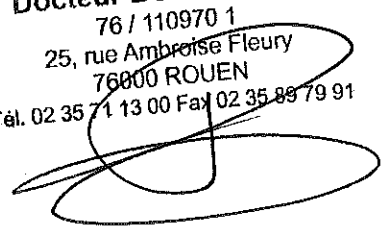
Si elle remplit toujours les conditions pour bénéficier d'un tel dépistage, je compte sur vous pour l'inviter à passer une nouvelle mammographie dans 2 ans.

Bien confraternellement.

Docteur Ahmed BENHAMMOUDA
Médecin coordonnateur

****FIN****
****FINFICHIER****

Docteur BOSSER Loïc
76 / 110970 1
25, rue Ambroise Fleury
76000 ROUEN
Tél. 02 35 71 13 00 Fax 02 35 89 79 91



1000

IMAGERIE DES BEAUX-ARTS

Radiologie Générale et Dentaire - Échographie - Mammographie - Ostéodensitométrie

41 RUE JEAN LECANUET

76000 ROUEN

Tel : 02.35.89.68.00

Madame ROUSSEL VERONIQUE

Date de naissance : 14/07/1962

Date de l'examen : 05/04/2017

SD / SD

ECHOGRAPHIE THYROIDIENNE

INDICATION :

Bilan d'une hypothyroïdie idiopathique substituée

RESULTAT :

La thyroïde est de petite taille avec un lobe droit mesuré à 35x10x8 mm soit un volume de 1.4 cm³ et un lobe gauche mesuré à 37x9 x8 mm soit un volume de 1.3cm³

L'isthme est de taille normale.

Les contours sont réguliers l'échostructure est discrètement hétérogène en rapport avec des plages discrètement hypoéchogènes non systématisées, sans nodule individualisé avec un gradient musculo-parenchymateux de fond respecté. Il existe une petite calcification de 2 mm au niveau du lobe gauche

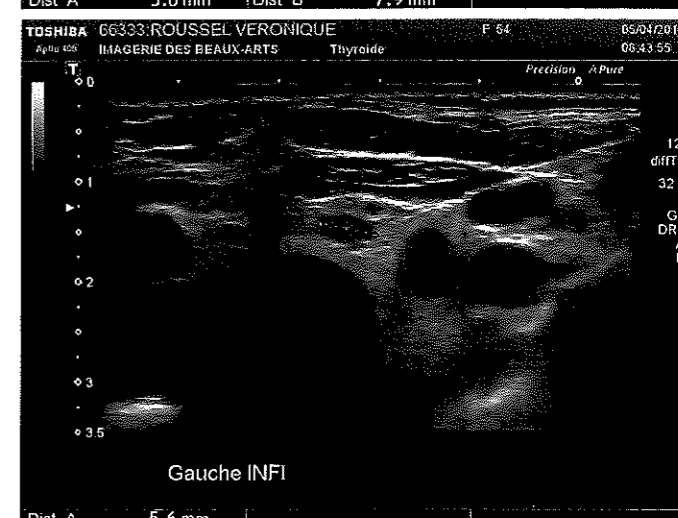
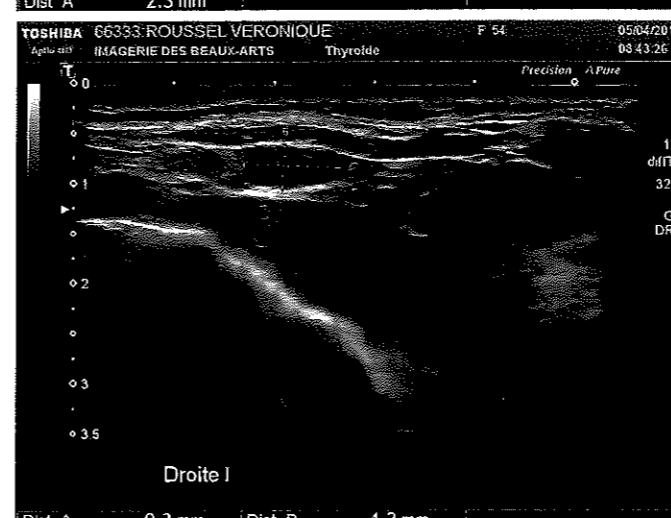
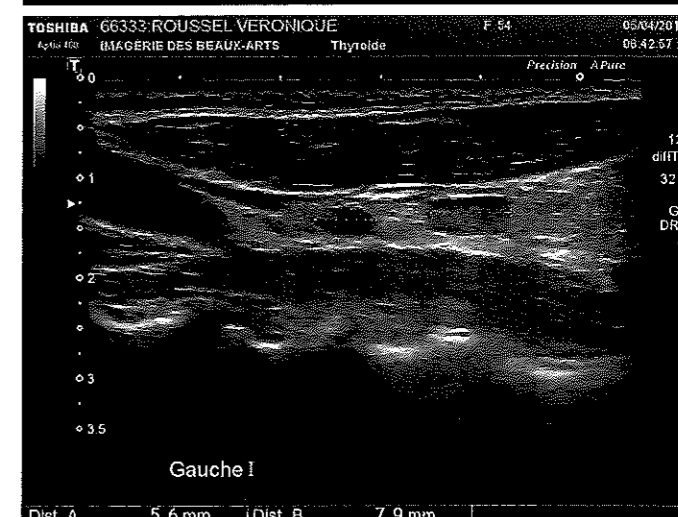
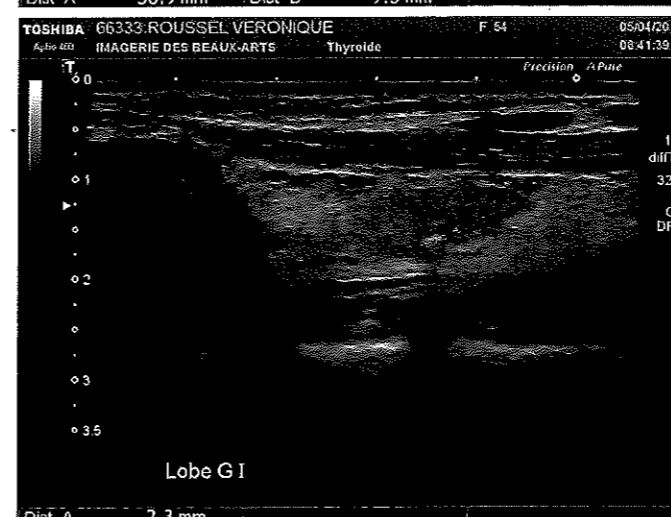
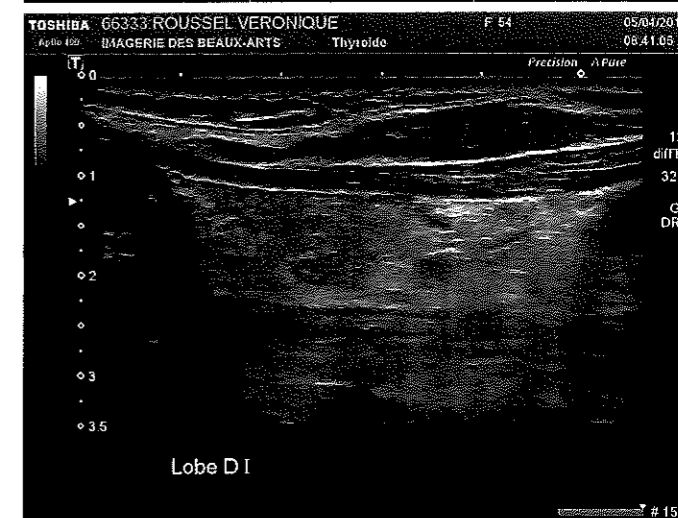
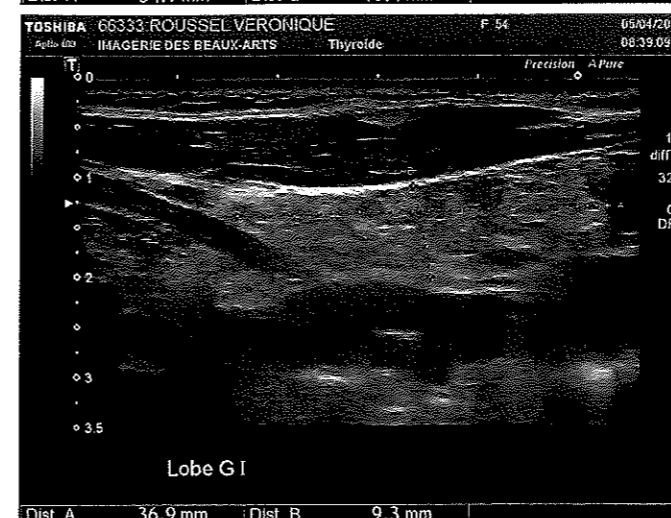
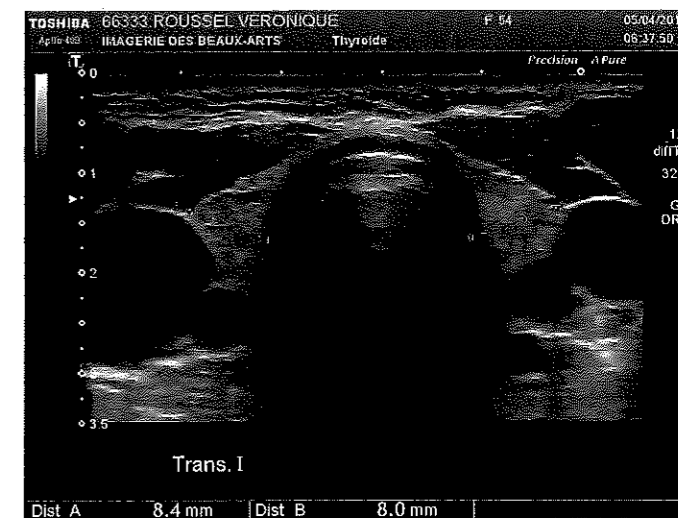
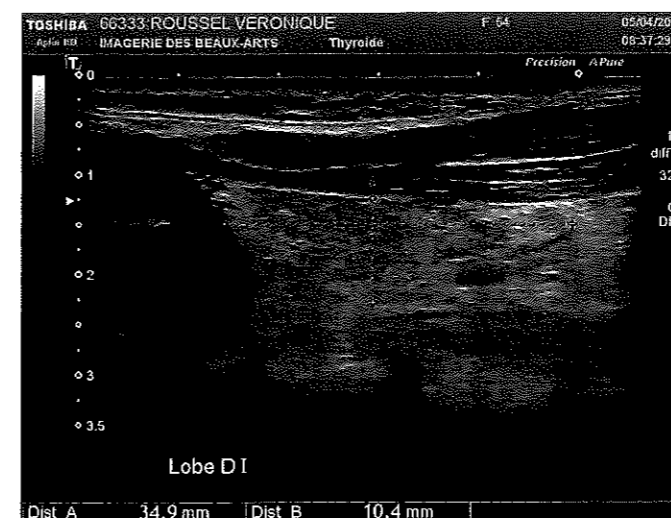
Il n'existe pas d'adénopathie cervicale. On retrouve quelques petits ganglions en infra et latéro-thyroïdien de taille normale mesurée de 5 à 8 mm de diamètre sur une épaisseur de 3 à 4 mm.

EN CONCLUSION :

Petite thyroïde discrètement hétérogène

Docteur DELERIS Sophie

Compte rendu validé électroniquement par le Dr Sophie DELERIS.



Membre d'une association agréée, le règlement des honoraires par chèque est accepté

Agrément : - ECHO TOSHIBA - mise en service le

Prévention de la transmission infectieuse par les dispositifs médicaux selon les recommandations du haut conseil de la santé publique (rapport 14/12/2007)

ECHO THYROID