

Pascal ROUSSEL

18/04/2017

+ factum



SwissLife

FORMALITÉS NÉCESSAIRES

Assuré 1 ROUSSEL Pascal :

- Rapport Médical + questionnaire santé + Epreuve effort 2016
- 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 cytobactériologique (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 cytobactériologique (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)

↓ je suis rôlo

6/4/2017
Nécessaire au sport:
Nécessaire médical-sportif
du Dr Rouen.
me Renault

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

Nom de la personne à assurer :

Résultats à adresser sous enveloppe confidentielle
au Médecin Conseil du Service Médical
SBP/Swiss Life
76095 LE HAVRE Cedex

Analyses biologiques standards : **ANA1**

Demandées pour adhésion n° contrat :

- IMPORTANT :**
- Présentez-vous strictement A JEUN
 - Produisez obligatoirement une pièce d'identité au laboratoire.

Analyse de sang :

- Glycémie à jeun
- Créatinine
- Cholestérol total + HDL
- Triglycérides
- Gamma GT
- Transaminases (ALAT - ASAT)
- Sérologie HIV 1 et 2





SwissLife

Questionnaire de santé

N° de contrat : _____

IdentitéNom et prénom ROUSSEL Pascal

Nom de jeune fille _____

Date et lieu de naissance Petit quevillyNationalité FrançaisSituation de famille NariéProfession actuelle PDGAdresse 41 allée des deux fermes 76160 saint Martin du VIVIER**1. Sports pratiqués régulièrement ?** NON OUI ➤ Lesquels ? Velo Natation
En compétition ? Oui

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 : 176 cm • Poids : 74,5 kg • Tension artérielle : Maxi : 12 Mini : 7 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 ➤
- 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 ➤
- 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 ➤

16/3/2017

3. • Avez-vous eu un accident ?

Nature des blessures ? NON OUI → Quand ? 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 → 24/11/2015 Rôle de consultant - OK
- 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 ?

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 inaptitude 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 :

- 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 ?
- 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 ? Montant des capitaux garantis :

Encours de prêts déjà assurés :

Avez-vous fait l'objet d'un refus, d'un ajournement, d'une restriction ou d'une surprime pour ce contrat ? NON OUI → Pourquoi ?

15. Avez-vous autre chose à déclarer concernant votre état de santé ?

Quel est votre médecin habituel (nom et adresse) ? Dr Loïc BOSSER 25 Rue Ambroise Fleury
76220 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 Latte 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.

Je, soussigné (NOM, PRÉNOM) Patrice LOUBRIE, certifie la sincérité et l'exactitude de mes déclarations. J'affirme n'avoir rien omis ou dissimulé.

Fait à Rouen Le 16/03/2017

Signature de la personne à assurer

Loïc Bossé



SwissLife

Rapport du Médecin examinateur

N° de contrat

M. le Docteur

Gic BOISSON

Identité

Nom et prénom

DR GIC BOISSON

Nom de jeune fille

Date et lieu de naissance

26.06.1962

Nationalité

Situation de famille

MARIÉ

Profession actuelle

CHIEF D'ENTREPRISE

Adresse

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 ? *ATHLETIQUE COMME A PIED*
En compétition ? *NON*

Consommez-vous des boissons alcoolisées ?

NON OUI ➤ Quantité par jour : *0*

Fumez-vous ?

NON OUI ➤ Quantité par jour :

Faites-vous ou avez-vous fait usage de stupéfiants (drogues) NON OUI ➤ Lesquels ?

Jusqu'à quand ?

Taille : *182* cm • Poids : *74* 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 ➤
- 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 ➤
- 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 ?
Nature des blessures ?

- NON OUI → *Quand ?* *Séquelles ?*
- NON OUI → *Quand ? Nature exacte ?*
- NON OUI → *Quand ? Nature exacte ?*
- NON OUI → *Quand ? Pourquoi ? Durée ?*
- NON OUI → *Lequel ? Quand ? Résultats ?*

4. Avez-vous effectué au cours des 5 dernières années :

- un électrocardiogramme ?
- des examens sanguins ?
- des radiographies, scanner, IRM, échographie, scintigraphie ou autres examens ?

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 ?

6. Vous a-t-on prescrit un traitement médical de plus de 21 jours au cours des 10 dernières années ?

7. Suivez-vous actuellement un traitement médical ?
À votre connaissance devez-vous :

- être hospitalisé ?
- subir une intervention chirurgicale ?
- subir un examen ou une consultation à visée diagnostique ?

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 ?

9. Êtes-vous actuellement en arrêt de travail sur prescription médicale, pour raison de santé ?

10. Êtes-vous titulaire :

- d'une pension, rente ou allocation au titre d'une inaptitude au travail ou d'une invalidité ?
- de l'Allocation pour adulte handicapé (AAH) ?

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 ?

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 ?

13. Pour les personnes de sexe féminin :

- Êtes-vous enceinte actuellement ?
- Votre ou vos grossesses antérieures ont-elles été difficiles ou suivies d'incidents ?

14. Êtes-vous déjà titulaire de contrat(s) d'assurance-décès ou de tels contrats sont-ils en cours de souscription ?
Encours de prêts déjà assurés :
 Avez-vous fait l'objet d'un refus, d'un ajournement, d'une restriction ou d'une surprime pour ce contrat ?

15. Avez-vous autre chose à déclarer concernant votre état de santé ?

Quel est votre médecin habituel (nom et adresse) ?

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



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 : Reyna Prénom : DANIEL Date de naissance : 24/01/62

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 176
- Poids 76
- Périmètre abdominal 92
- Constatez-vous la présence de malformations ? NON OUI ➤ Lesquelles ?
- Résultat de l'inspection RAS

2. Examen cardio-vasculaire

- Pression artérielle (*) Systolique Diastolique
..... /minute
- Fréquence cardiaque (*)
- 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 RAS

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 :

- auditiva ? NON OUI ➤
- de la langue, du pharynx, des amygdales ? NON OUI ➤
- de la thyroïde ? NON OUI ➤

6. Examen ophtalmologique

Constatez-vous la présence d'une affection visuelle ? NON OUI ➤ Laquelle ? PRISBYIE
Lentilles correctrices pour lecture

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

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 110 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
- Date et résultat de la dernière mammographie
- Résultat de l'examen des seins

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 ?
- La présence d'un signe de Babinski, d'un signe de Romberg, d'un nystagmus, de vertiges ou de signes d'insuffisance vasculaire cérébrale ?
- La présence d'une spasmophilie ou d'une tétanie ?
- La présence de troubles du comportement (anxiété, syndrome dépressif) ?

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 ➤ Siège 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*
- Un traitement médical est-il souhaitable ? *non*
- 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/minut, prière d'effectuer un second contrôle en fin d'examen :

Résultats :

T.A. mm Hg
Pouls

Remarques spéciales du Médecin :

Cachet du Médecin :

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

Reyn

Signature du Médecin examinateur

le *14/3/13*

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.

SwissLife Assurance et Patrimoine – Siège social : 7, rue Belgrand – 92300 Levallois-Perret

SA au capital de 169 036 086,38 € – Entreprise régie par le code des assurances – 341 785 632 RCS Nanterre.

www.swisslife.fr

BOOS, le 09.03.2017

Date de naissance 24.04.1962

Née: ROUSSEL

Prélevé par Mme BAZILE M.B.

Prélèvement du 09.03.2017 à 08:51

Dossier N° 0045 (00) du 09.03.2017

Mr ROUSSEL PASCAL
41 ALLEE DES DEUX FERMES

76160 SAINT 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
<u>HEMOGRAMME</u>				
HEMATIES	5,09	T/L	4,1 à 6,0	4,79 Le 24.11.2015
HEMOGLOBINE	14,3	g/dL	12,1 à 18	14,1
HEMATOCRITE	42,8	%	35 à 53	41,5
V.G.M.	84	fL	77 à 98	87
T.C.M.H	28,1	pg	25 à 35	29,4
C.C.M.H	33,4	g/dL	31 à 37	34,0
I.D.R	13,1	%	inf. à 15,0	13,2
LEUCOCYTES	6 580	/mm3	4000 à 11000	6.190
Neutrophiles	49,5 %	soit	3 257 /mm3	3.275
Eosinophiles	2,6 %	soit	171 /mm3	111
Basophiles	0,3 %	soit	20 /mm3	12
Lymphocytes	38,8 %	soit	2 553 /mm3	2.173
Monocytes	8,8 %	soit	579 /mm3	619
PLAQUETTES	218 000	/mm3	150 000 à 450 000	203.000
VMP	9,20	fL	8,7 à 12,6	9,40

BIOCHIMIE SERIQUE

			Intervalles de référence	Antécédents
PROTEINE C REACTIVE	<2	mg/L	inf. à 5	
Immuno-Turbidimétrie ABBOTT (LI)				
GLYCEMIE	0,97 soit 5,38	g/L mmol/L	0,7 à 1,05 3,89 à 5,83	0,94 Le 24.11.2015
Enzymologie ABBOTT (LI)				
CREATININEMIE	10,7 soit 94,6	mg/L μmol/L	7,3 à 11,8 64 à 104	11,1
Enzymatique ABBOTT (LI)				
Clairance calculée de la créatinine	83	mL/min	90 - 170	
Salon la formule de COCKCROFT et GAULT				
Débit de Filtration Glomérulaire (DFG)	78	mL/min/1,73m ²		75
Estimé selon la formule CKD EPI				

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 1mL/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	0,68 soit 0,76	g/L mmol/L	inf. à 1,5 inf. à 1,7	1,02
Enzymologie ABBOTT (LI)				
CHOLESTEROL TOTAL	2,11 soit 5,46	g/L mmol/L	inf. à 2,4 inf. à 6,22	2,25
Enzymologie ABBOTT (LI)				
CHOLESTEROL HDL	0,52 soit 1,34	g/L mmol/L	0,4 à 0,6 1,04 à 1,55	0,56
immuno-Turbidimétrie ABBOTT (LI)				
RAPPORT TOTAL/HDL	4,1		0 à 8	4,0
CHOLESTEROL LDL	1,45 soit 3,75	g/L mmol/L	inf. à 1,50	1,49
Salon la formule de Friedewald (LI)				
CHOLESTEROL VLDL	0,14 soit 0,36	g/L mmol/L	inf. à 0,30	0,20
Salon la formule de Friedewald (LI)				


Sandrine CHAN

Biologiste



BIOCHIMIE SERIQUE

Intervalles de référence

Antécédents

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

Prise en charge diététique:

Régime à débuter 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, antécédents familiaux, homme de plus de 50 ans, femme de plus de 60 ans..

TRANSAMINASE (TGO-ASAT)	.....	16	U/L	5 à 34
Enzymologie ABBOTT (LI)				
TRANSAMINASE (TGP-ALAT)	.....	25	U/L	0 à 55
Enzymologie ABBOTT (LI)				
GAMMA-GT .....	.....	23	U/L	12 à 64
Enzymologie ABBOTT (LI)				

SERO-IMMUNOLOGIE (Sérum)

SEROLOGIE DE L'HEPATITE VIRALE B

CMIA ABBOTT (BO)

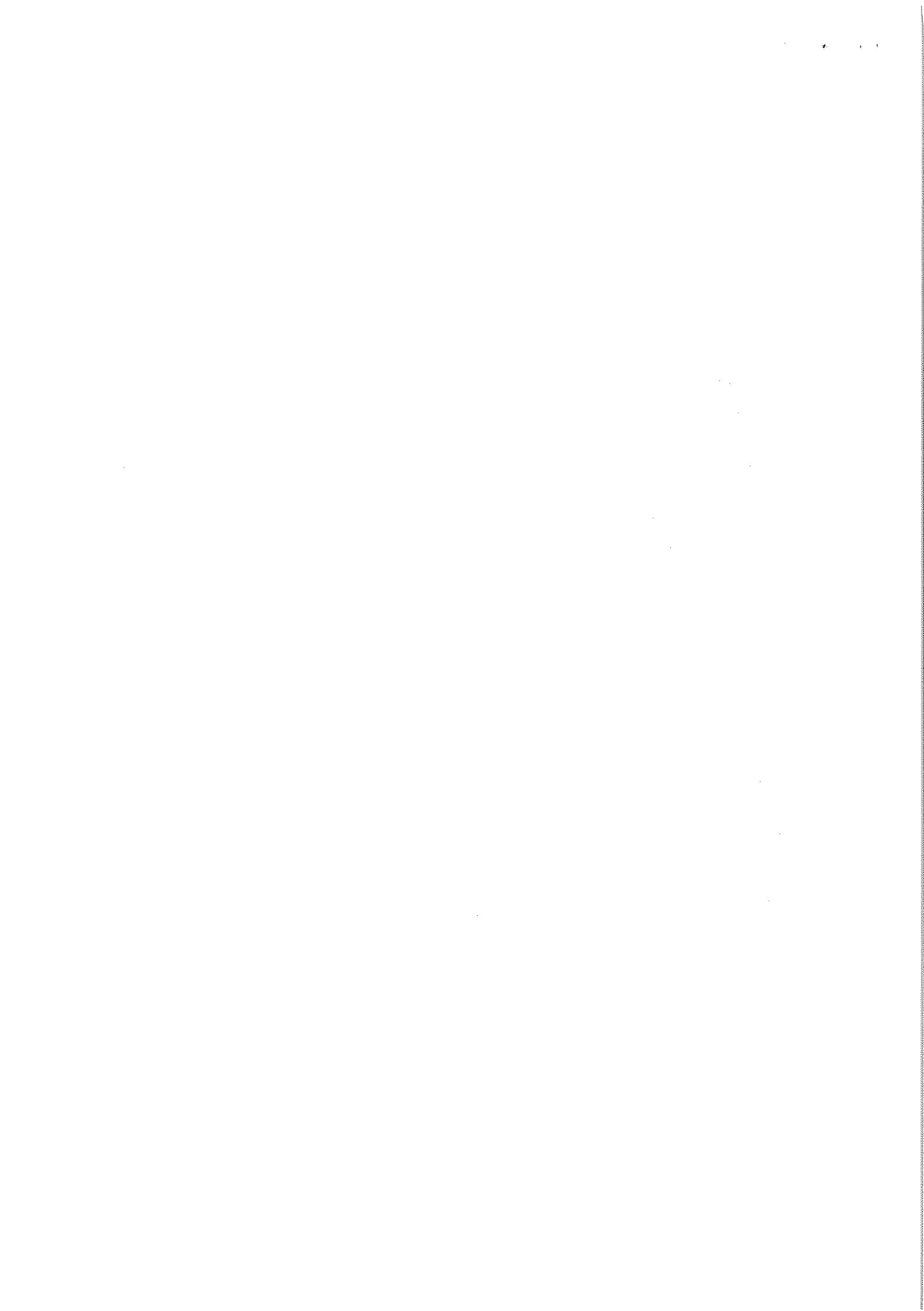
Antigène HBs	.....	Négatif
Ac anti-HBs	.....	14 UI/L
Ac anti-HBc	.....	Négatif

Conclusion : Antécédents de vaccination.

Selon les recommandations OMS, un taux supérieur à 10 UI/L confère une immunoprotection durable.



Sandrine CHAN
Biologiste



SERO-IMMUNOLOGIE

(Sérum)

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



Compte-rendu d'examens biologiques de:
Mr ROUSSEL PASCAL
Dossier N° 7SBO068045 - 00 du 09.03.2017 à 08:51

Né(e) le 24.04.1962 Nif: ROUSSEL

BACTERIOLOGIE

EXAMEN CYTO-BACTERIOLOGIQUE DES URINES

Modalités du recueil : 2ème jet urinaire
Recueilli le 09.03.2017 à 9H00 au laboratoire

CYTOLOGIE URINAIRE

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

Leucocytes	2 000	/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	absence		
Cristaux	absence		
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 CHAN
Biologiste

146 rue Maryse Bastié - 76520 BOOS
Tél: 02.35.80.88.89 - Fax: 02.35.80.06.02

** Fin de compte rendu **
Page 5 / 5



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 14/03/2017
Patient: M. Pascal ROUSSEL

RYTHME SINUSAL REGULIER 55/MIN

PR QRS QT : RAS

AXE NL A 43°

ASPECT RSR' EN V1 ET V2 : HEMI BLOC ANT DROIT

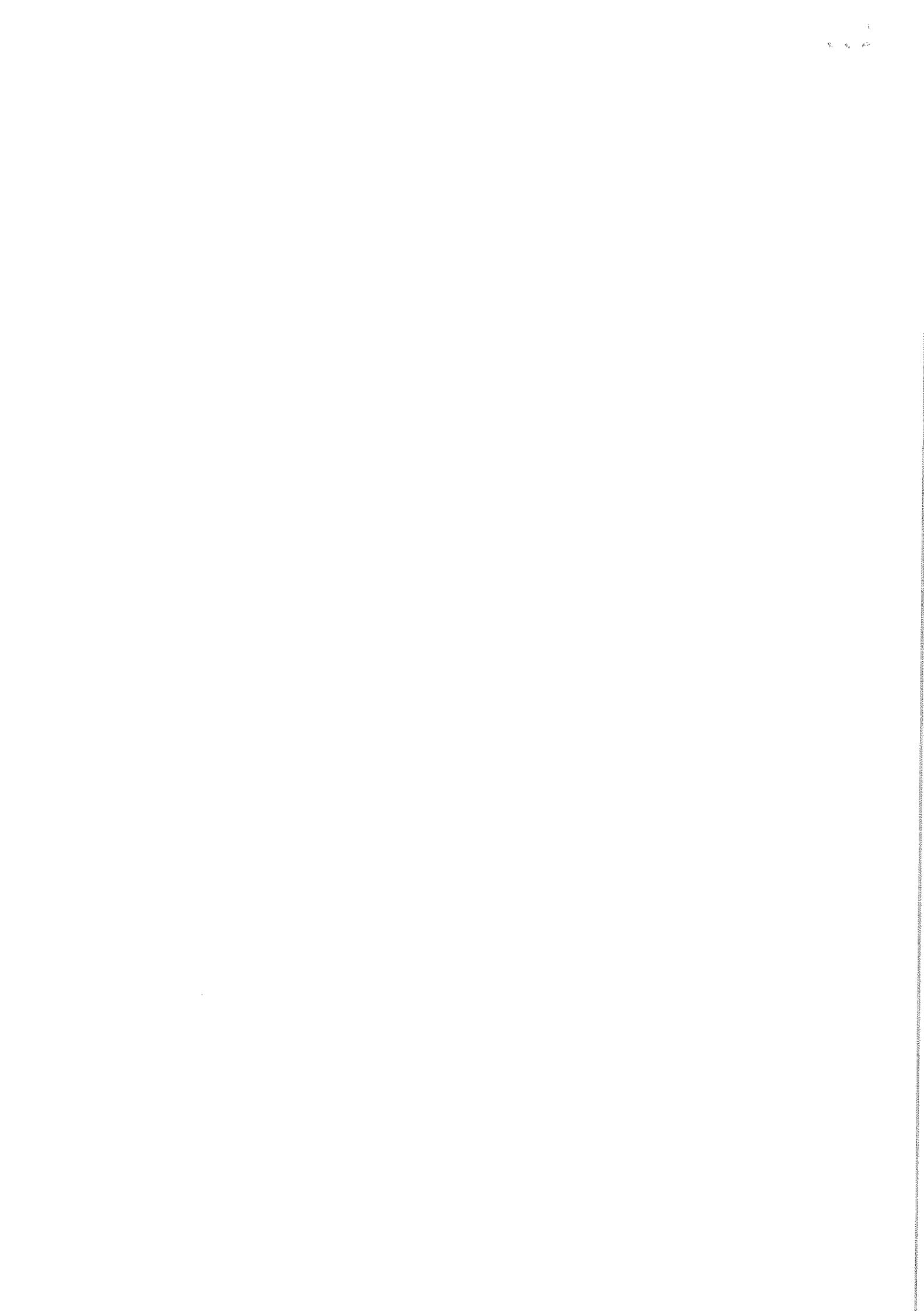
PAS DE MODIF DE ST

PAS DE WOLF PARKINSON WHITE
PAS DE BRUGADA
PAS DE SOKOLOW

ECG DANS LES LIMITES DE LA NORMALE, HEMI BLOC ANT DROIT

Dr. BOSSER LOIC

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



HR: 55

14-Mar-2017 14:11:58

Rythme Cardiaque: 3 ID: 0

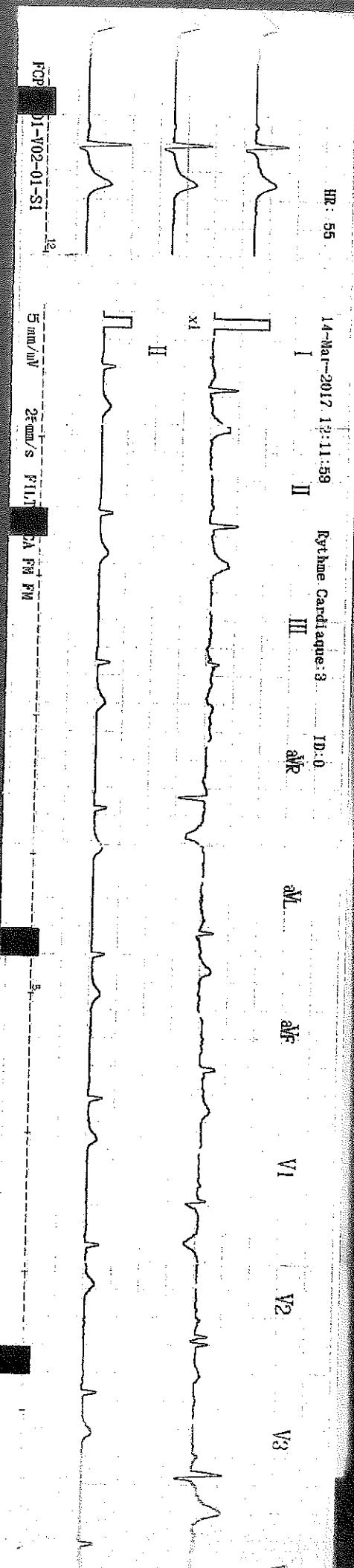
aVR

aVF

V1

V2

V3



FCP
01-V02-01-S1

x1

5 mm/mV

25 mm/s

FILT

CA FM FM

[MINNESOTA CODE]

HR : 55bpm R-R: 1073ms AXE : 43deg 7-3-0 9-4-1
P-P: 135ms RV6: 1. 55mV

2h 04. 1962

PHCN Paris

le 16/3/02

* * Limite du normal **

501 : BLOC DE BRANCHE DROIT INCOMPLET
121 : ROTATION ANTI-HORAIRE

QRS : 107ms SV1: 0. 26mV
QT : 415ms S+S: 1. 82mV
QTC: 400

Docteur BOSSER Loïc

76/110970/1
25, rue Ambroise Fleury
76000 ROUEN
Tél. 02 35 714389 Fax 02 35 897991

12
P-7101-V02-01-S1

Rapport non conf. Examiné par [REDACTED]
FOP-[REDACTED] 1-W02-01-S1

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

ROUEN, le 14/03/2017

M. Pascal ROUSSEL

⌚ (14/03/2017) - Certificat aptitude au sport

Signe d'appel
Certificat aptitude au sport
Interrogatoire
FACTEURS DE RISQUES CV :

AGE = 0
HTA = 0
TABAGISME = 0
HYPERCHOLESTEROLEMIE = 0
DIABETE = 0
ATCD FAMILIAUX = 0

PRATIQUE SPORTIVE
EN AMATEUR
REGULIERE
CYCLISME ET NATATION

Examen
BDC REGULIERS
SS SOUFFLE
POULS TOUS PERCUS
PA HUM SYM AUX DEUX BRAS
HSM = 0
OMI = 0
RHJ = 0
TJ = 0
PAS DE VARICES

Conclusion
RAS

Poids	74 kg
Taille	176 cm
Corpulence	23,9 Kg/cm ²

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

TAS

TAD

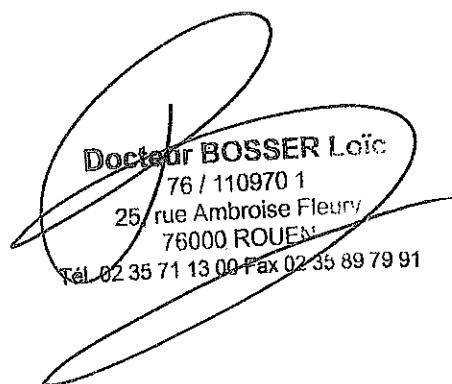
Fc

110 mmHg

70 mmHg

55 /mn

Dr. BOSSER LOIC





Lousset. Pascale

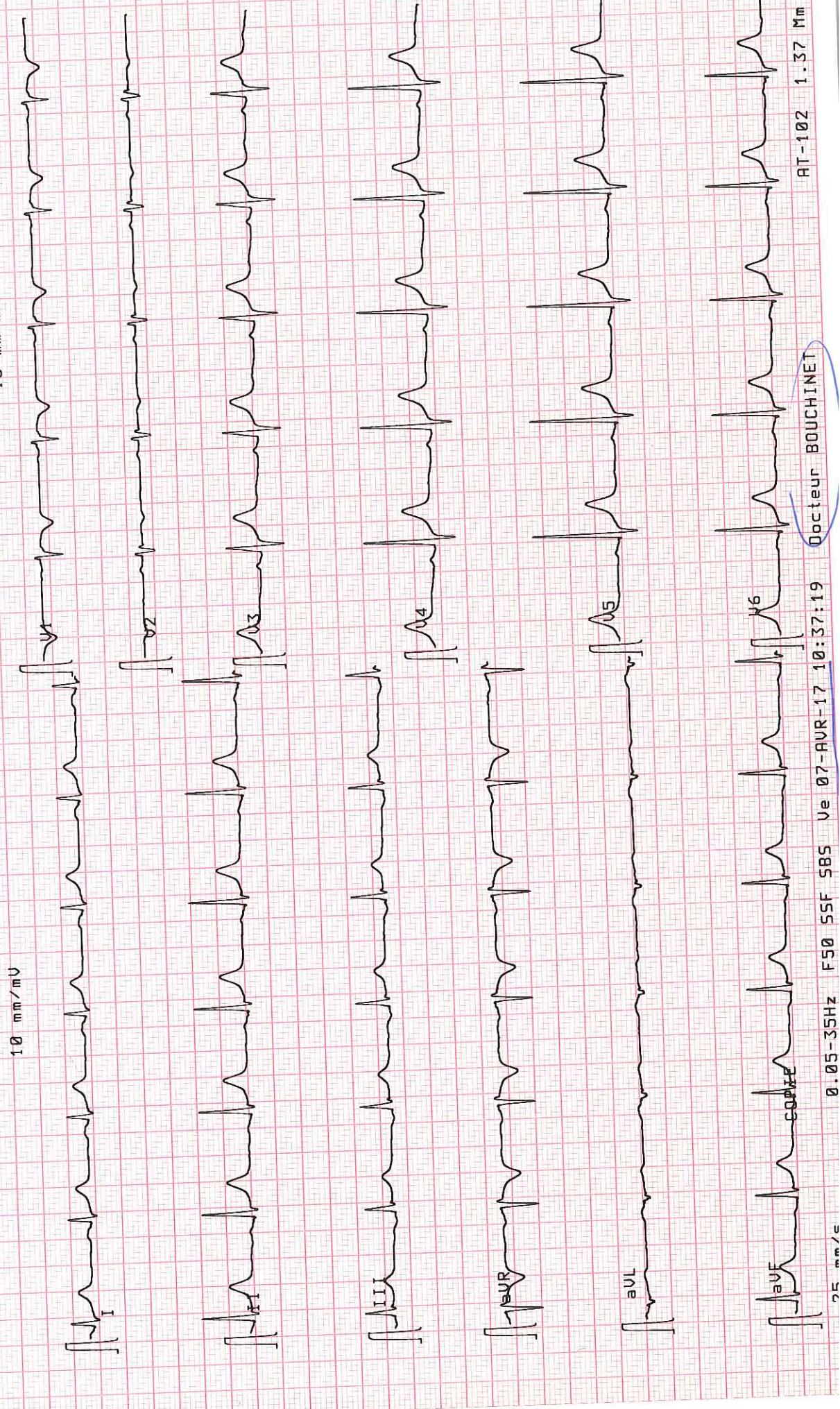
07/04/2017

FC: 71/min Axes: P -36 °

Intervalle s:

RR	845 ms	QRS	68 °
P	102 ms	T	51 °
PQ	130 ms	P (II)	-0.06 mV
QRS	86 ms	S (V1)	-0.49 mV
QT	352 ms	R (V5)	1.76 mV
QTc	387 ms	Sokol.	2.24 mV

10 mm/mV



F50 SSSS Ve 07-AUR-17-10:37:19
0.05-35Hz

AT-102 1.37 Mm

Docteur BOUCHINET



C.E.C.V. 76000 ROUEN

RAPPORT D'EPREUVE D'EFFORT

Nom du patient: ROUSSEL , Pascal

Date naissance: 24.04.1962

Taille:

Poids:

Age: 54A.

Sexe:

Date d'examen: 14.04.2017

Médecin demandeur : DR BOUCHINET

Type d'épreuve: --

Protocole: 60/60/3

Technicien: Elise

Medicaments:

--

Antécédents médicaux:

--

Motif de l'épreuve:

Examen diagnostique

Sommaire de l'épreuve d'effort

Phase	Palier	Durée pal.	Charge (W)	tour(s) (tpm)	FC (/min)	TA (mmHg)	Commentaire
PRETEST		00:14	0	2	80	130/80	
EFFORT	PALIER 1	03:00	60	67	105	140/80	
	PALIER 2	03:00	120	69	130	150/80	
	PALIER 3	03:00	180	68	160	160/80	
	PALIER 4	00:43	240	69	166		
RECUP.		02:28	0	0	130	140/80	

Le patient a exécuté l'effort conformément au protocole 60/60/3 pendant 9:42 min, parvenant à une Charge maximale: 240 Watt.

La fréquence cardiaque de repos initiale 79 /min est passée à une fréquence cardiaque max. de 166 /min ce qui représente 100 % de la fréquence maximale basée sur l'âge.

La pression artérielle au repos 130/80 mmHg est passée à une pression max. de 160/80 mmHg.
L'épreuve d'effort a été interrompue en raison de FC cible atteinte.

Interprétation

Résumé: ECG de repos: Normal. Performances: Normale. 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 maximal négatif

Médecin : DR DE CORBIERE



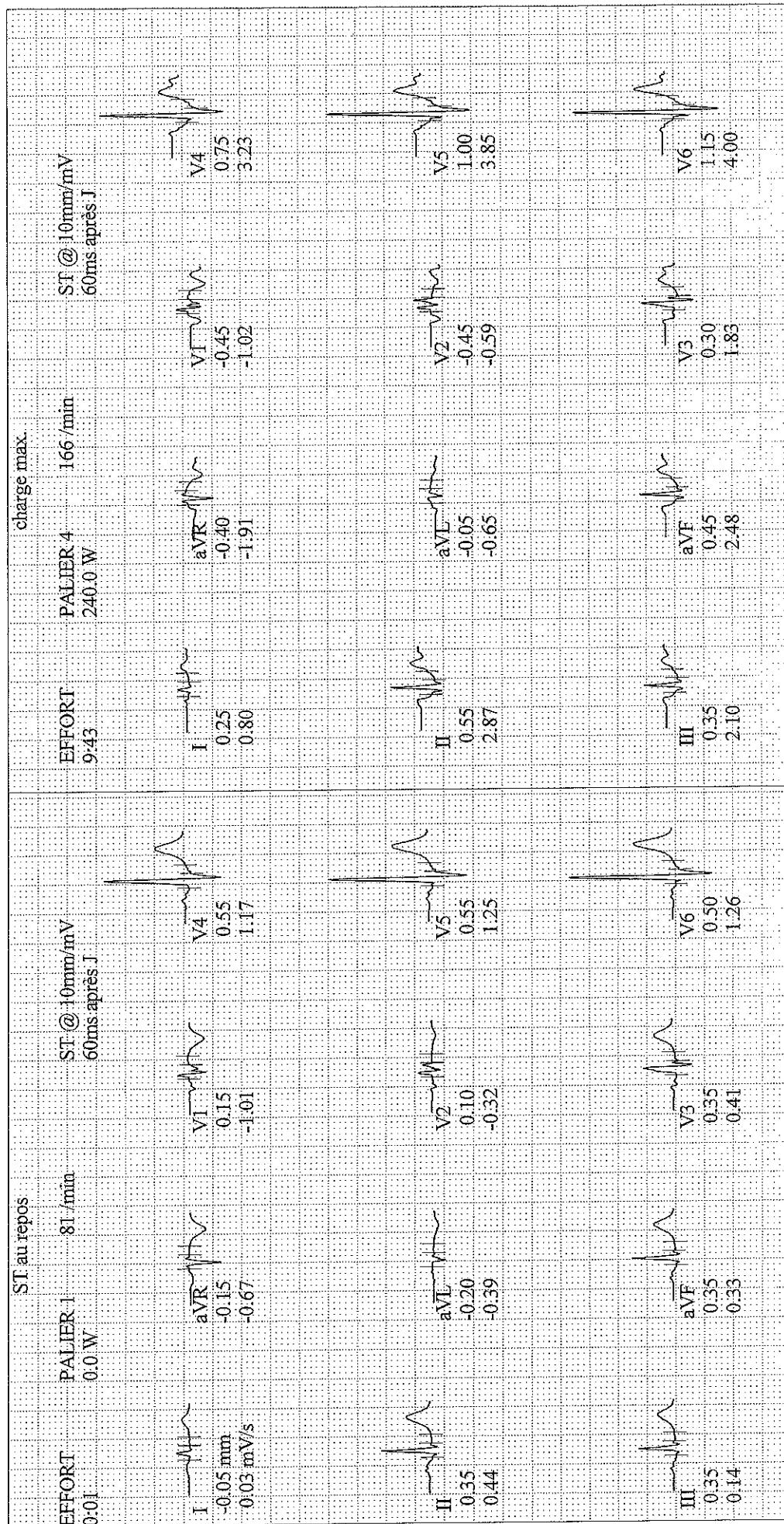
ROUSSEL, Pascal
N° patient 22473

54A
Mé
14.04.2017
11:59:02

Motif du test : Examen diagnostique
Historique médical:
Médecin opérateur: DR DE CORBIE
Infirmière: Elise Type d'épreuve:
Commentaire:

60/60/3 au total Durée de charge 09:42
FC max. : 166 /min 100% de max. calculée 166 /min
TA maximale: 160/80 Charge maximale: 240 Watt = 1.0 METS

Critères d'arrêt: FC cible atteinte
Résumé ECG de repos: Normal. Performances: Normale. 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 maximal négatif



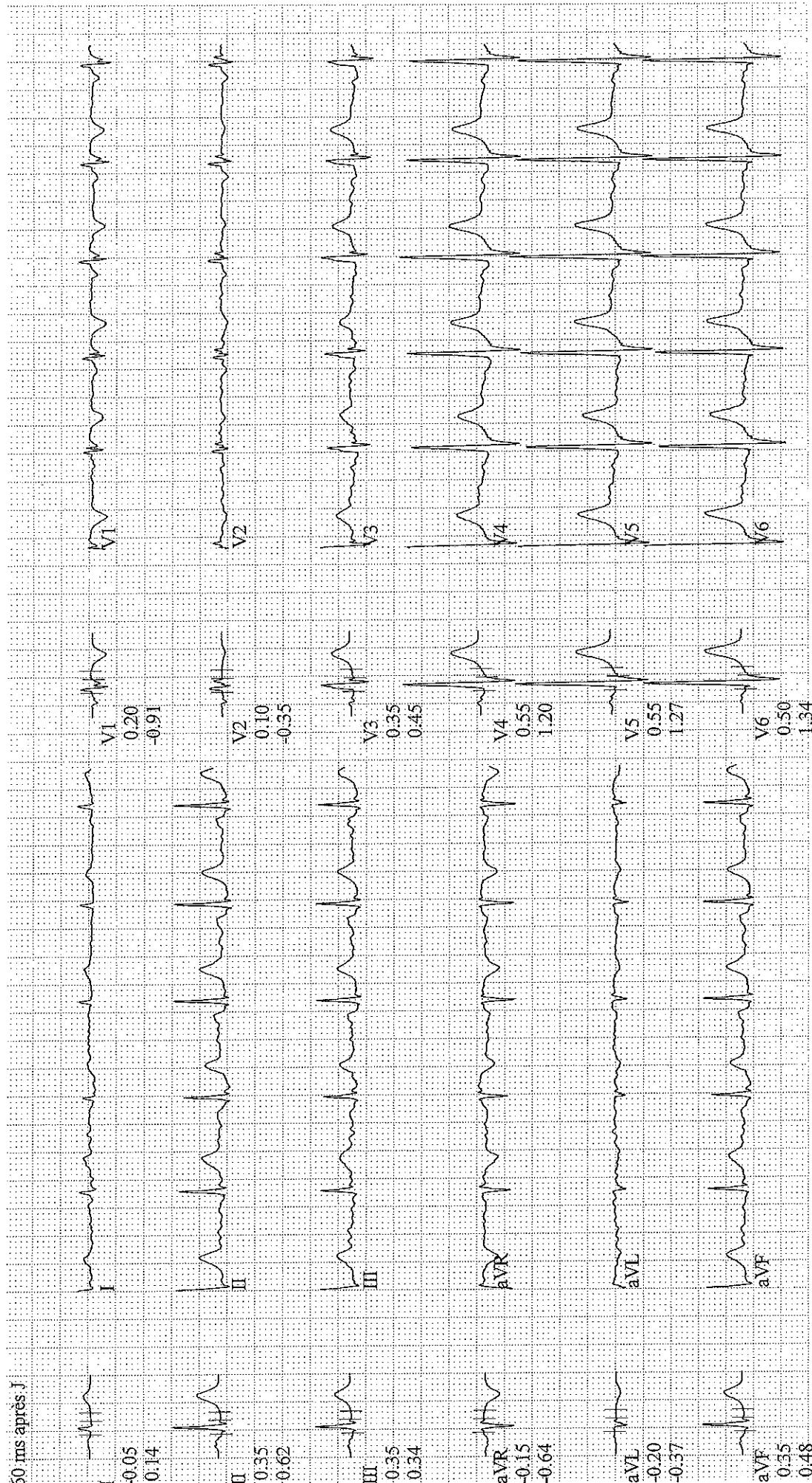
RROUSSEL, Pascal
N° patient 22473
11/01/2012

Epreuve d'effort

PRETEST
#1 00:12

60/60/3
0 W
0 tpm

CECV 76000 BOIIEN



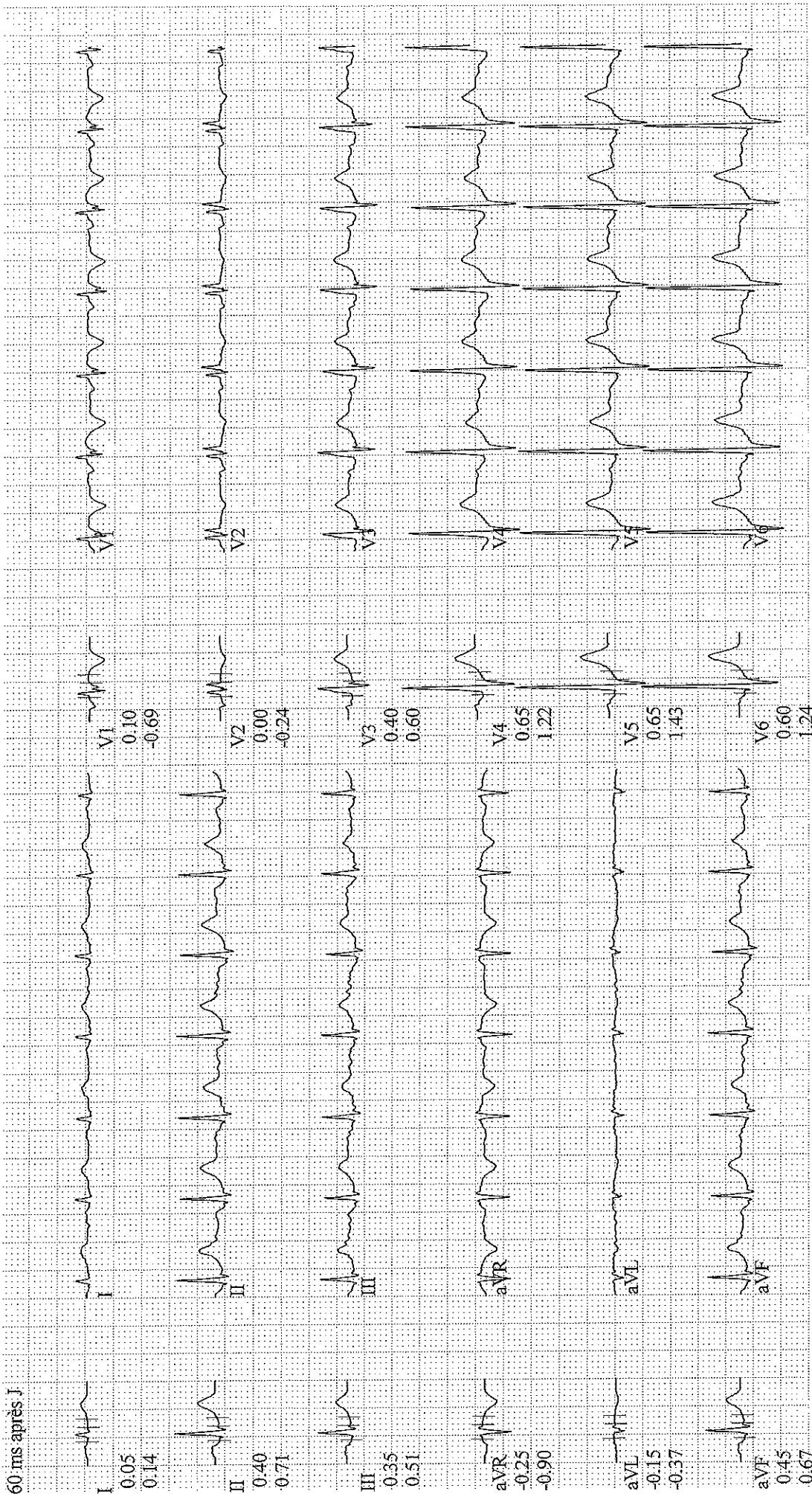
ROUSSEL, Pascal
N° patient 22473
14.04.2017
12:02:05

Epreuve d'effort

104/min
02:17 140/80 mmHg
EFFORT
PALIER 1
02:50

60/60/3
60 W
67 tpm

C.E.C.V. 76000 ROUEN



ROUSSEL, Pascal
N° patient 22473
14.04.2017
12:05:05

Epreuve d'effort

131 /min
02:02 150/80 mmHg

EFFORT
PALIER 2
05:50

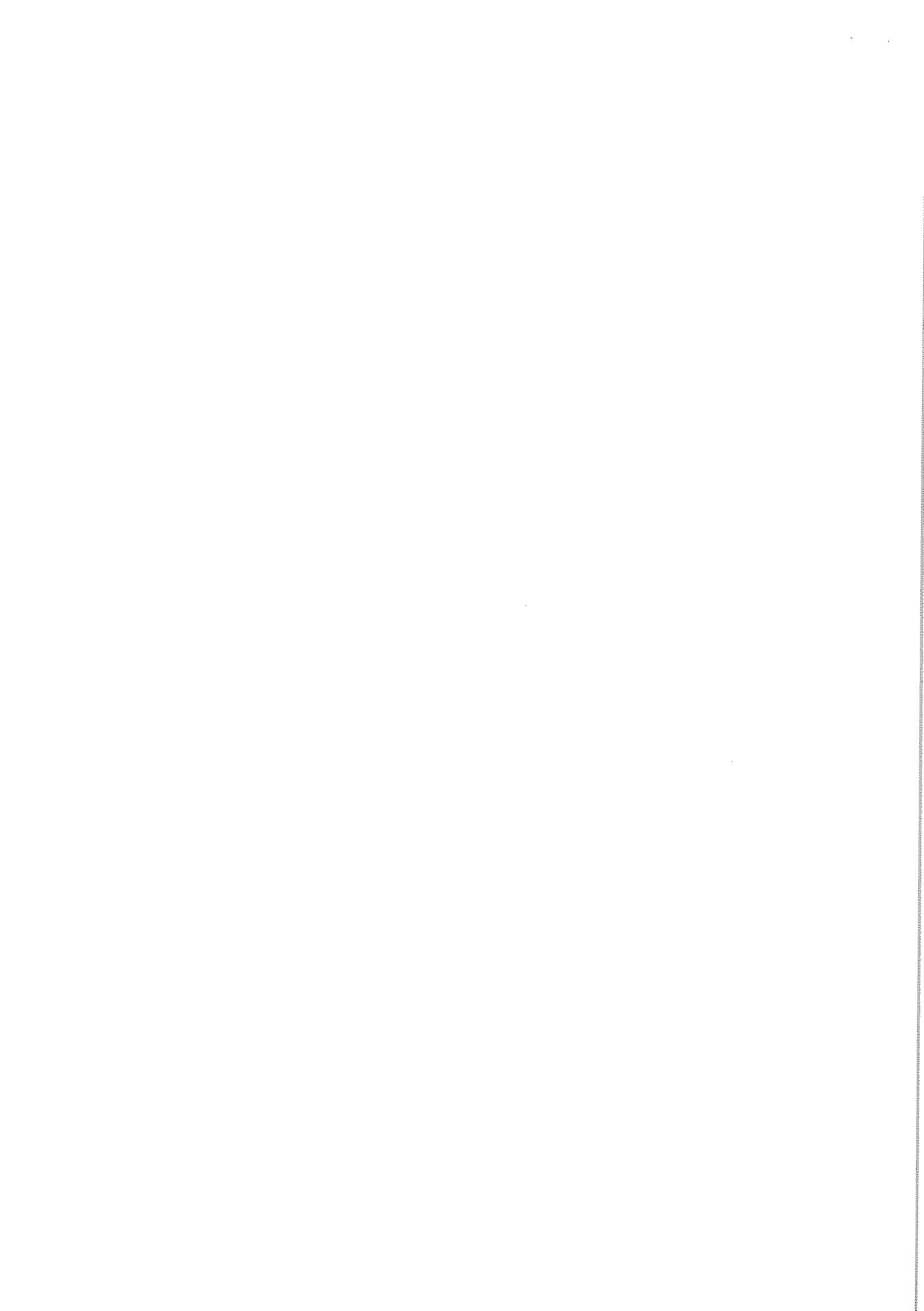
60/60/3
120 W
68 bpm

C.E.C.V. 76000 ROUEN

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

60 ms après J





ROUSSEL, Pascal
N° patient 22473
14.04.2017
12:08:05

Epreuve d'effort

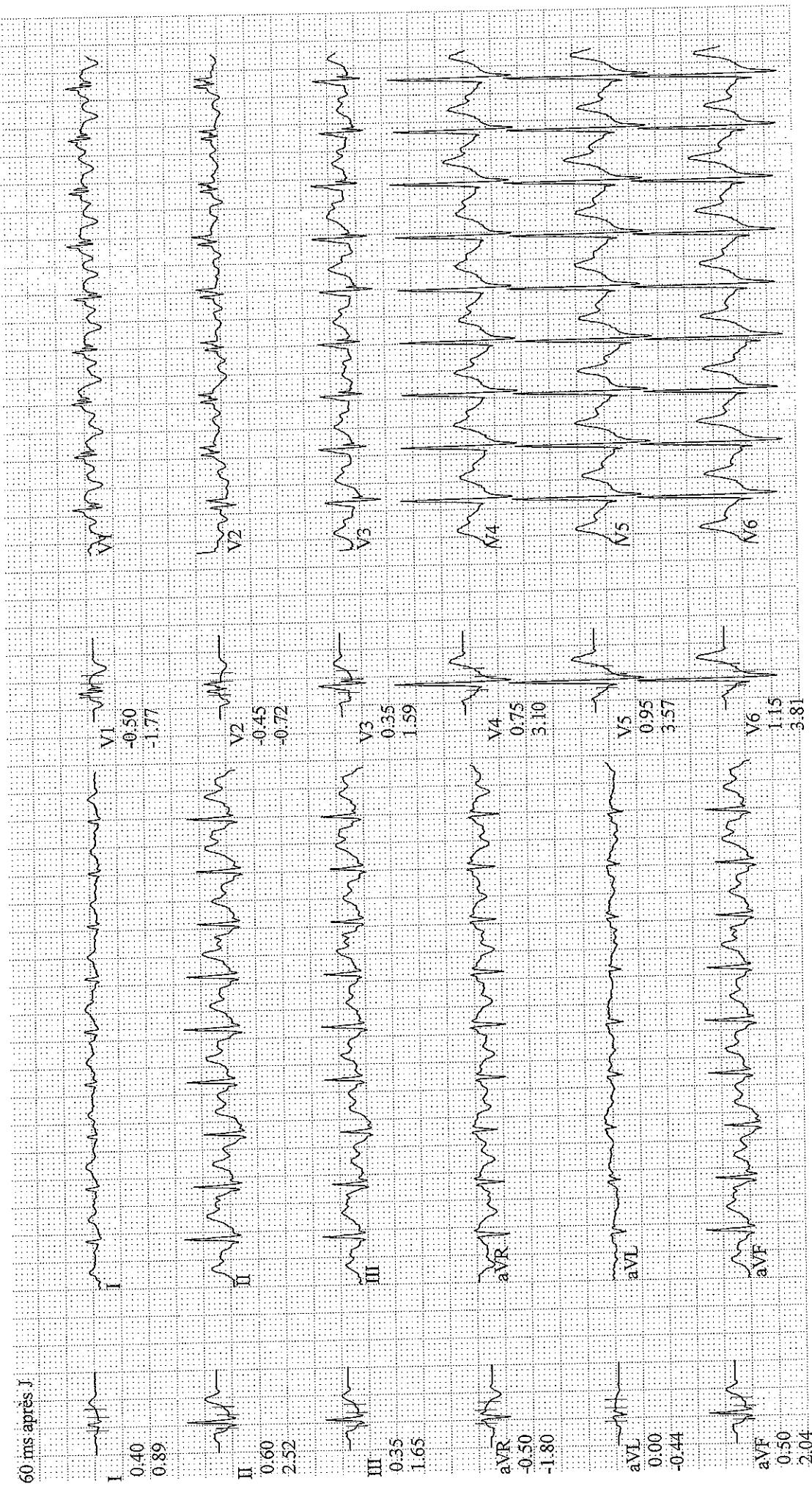
EFFORT
PALIER 3
08:50
157 /min
02:03 160/80 mmHg

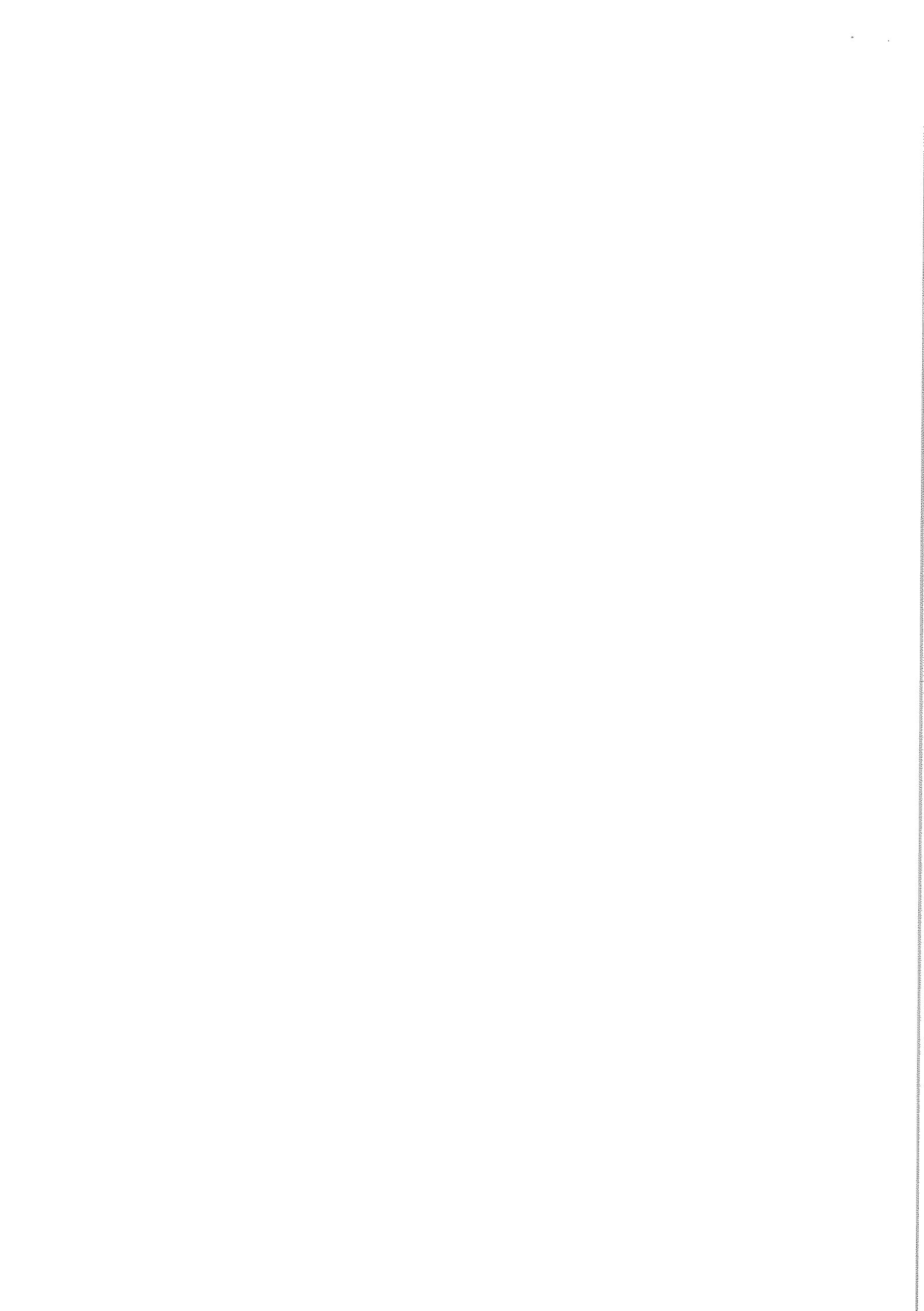
60/60/3
180 W
68 bpm

C.E.C.V. 76000 ROUEN

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

60 ms après J





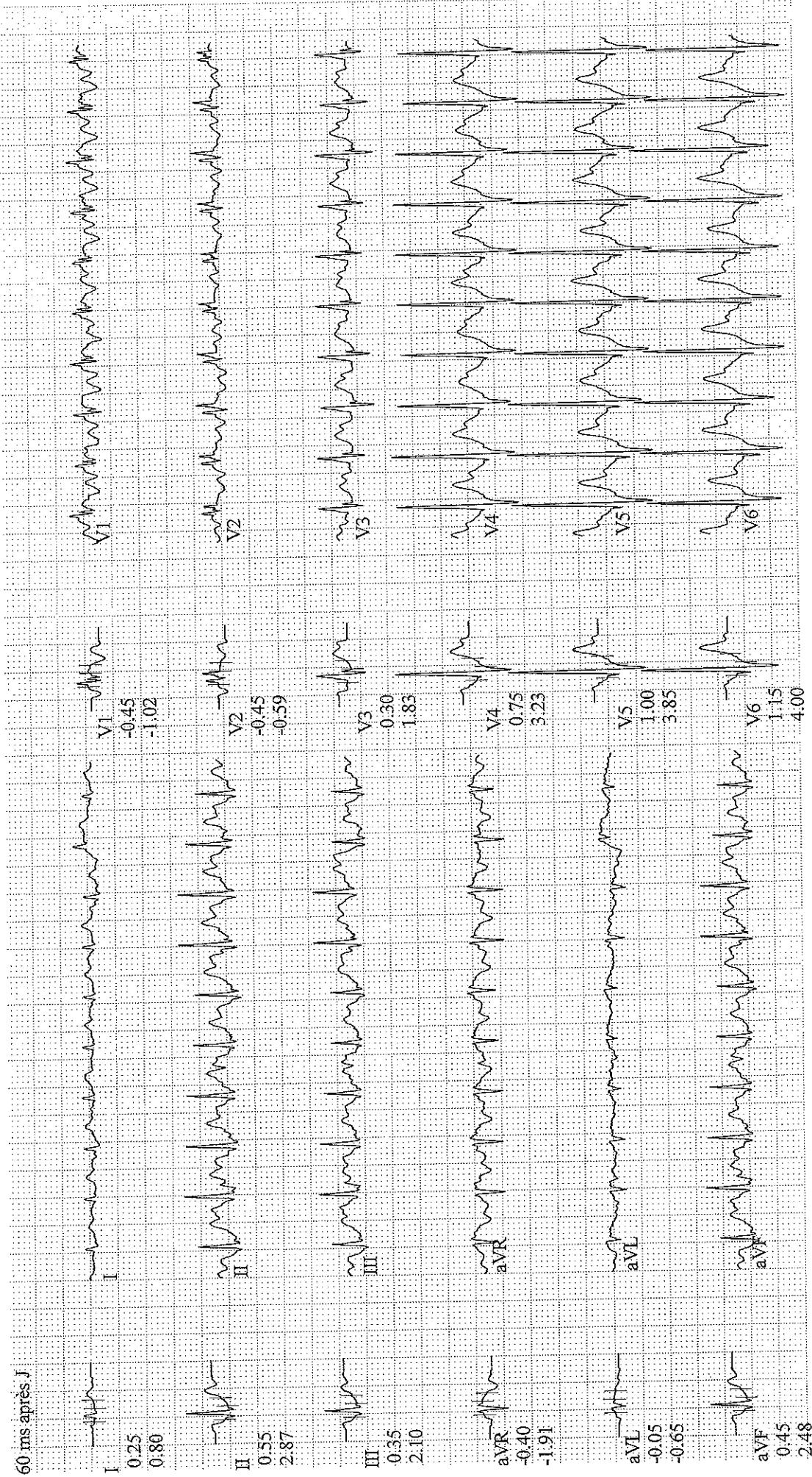
ROUSSEL, Pascal
N° patient 22473
14.04.2017
12:08:58

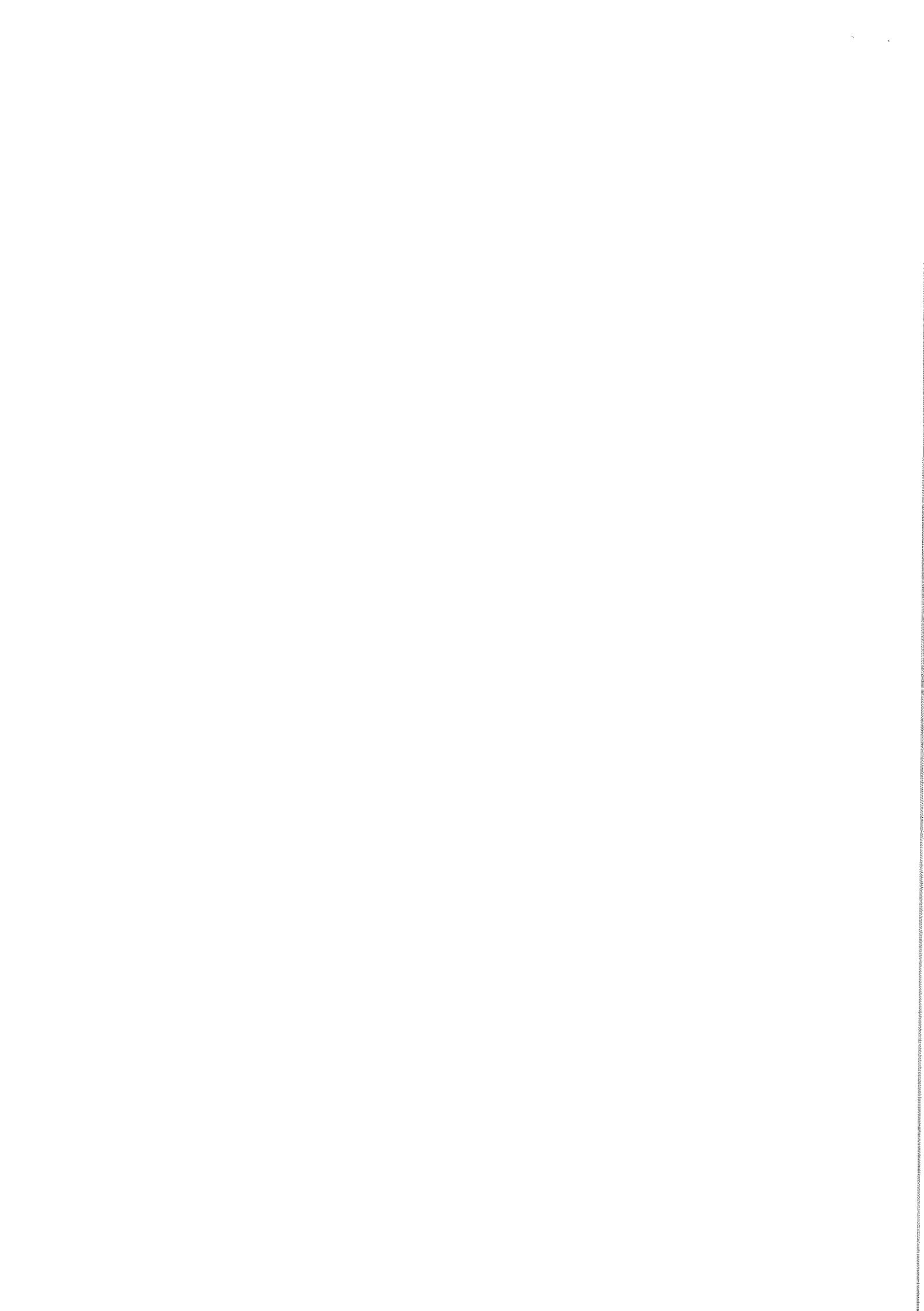
166/min
EFFORT
PALIER 4
09:43

60/60/3
240 W
69 bpm

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

60 ms après J





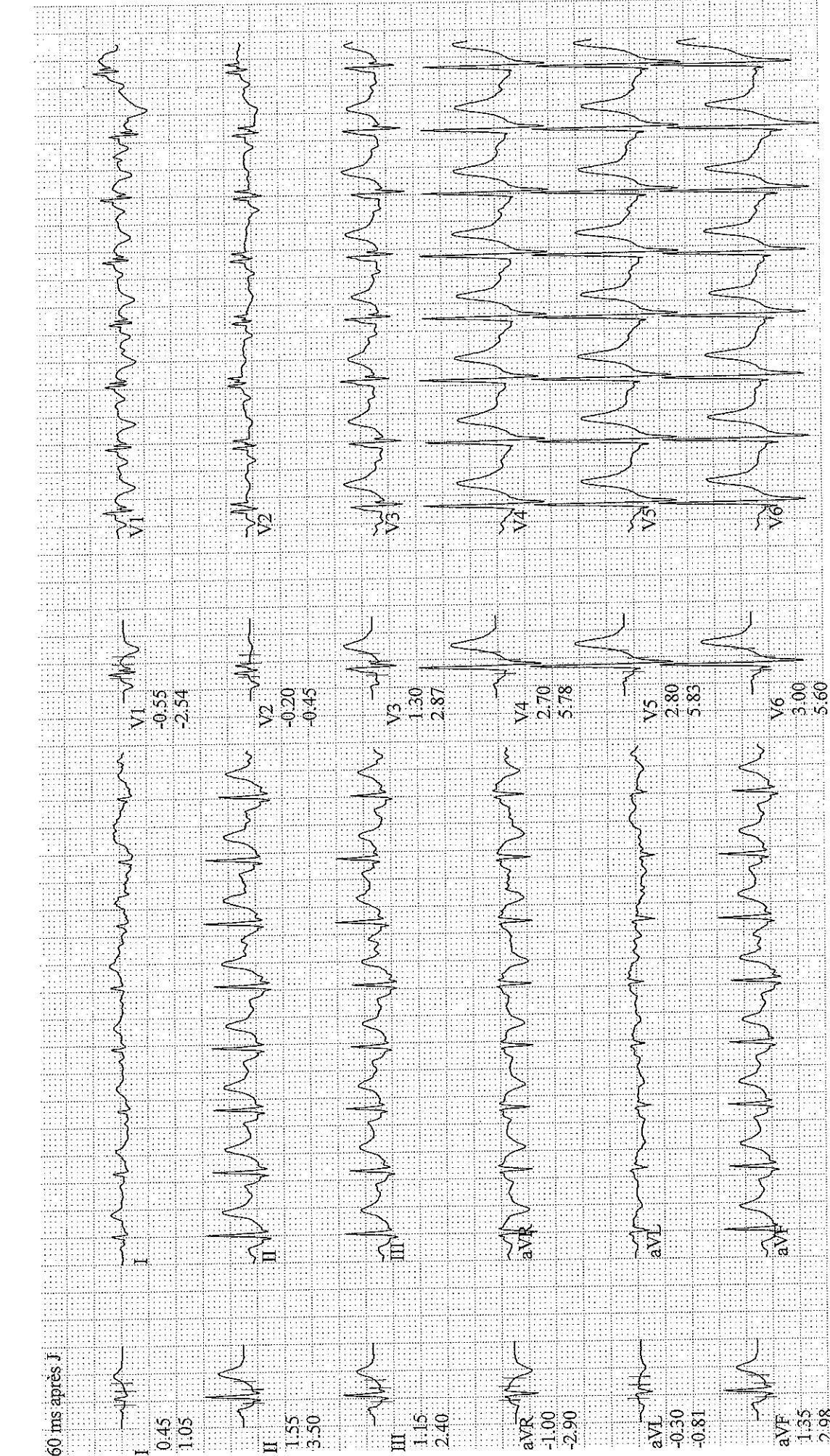
ROUSSEAU, Pascal
N° patient 22473
14.04.2017
12:10:47

Epreuve d'effort

131 /min
01:40 140/80 mmHg
RECUP.
#1
01:50

60/60/3
0 W
0 bpm

C.E.C.V. 76000 ROUEN

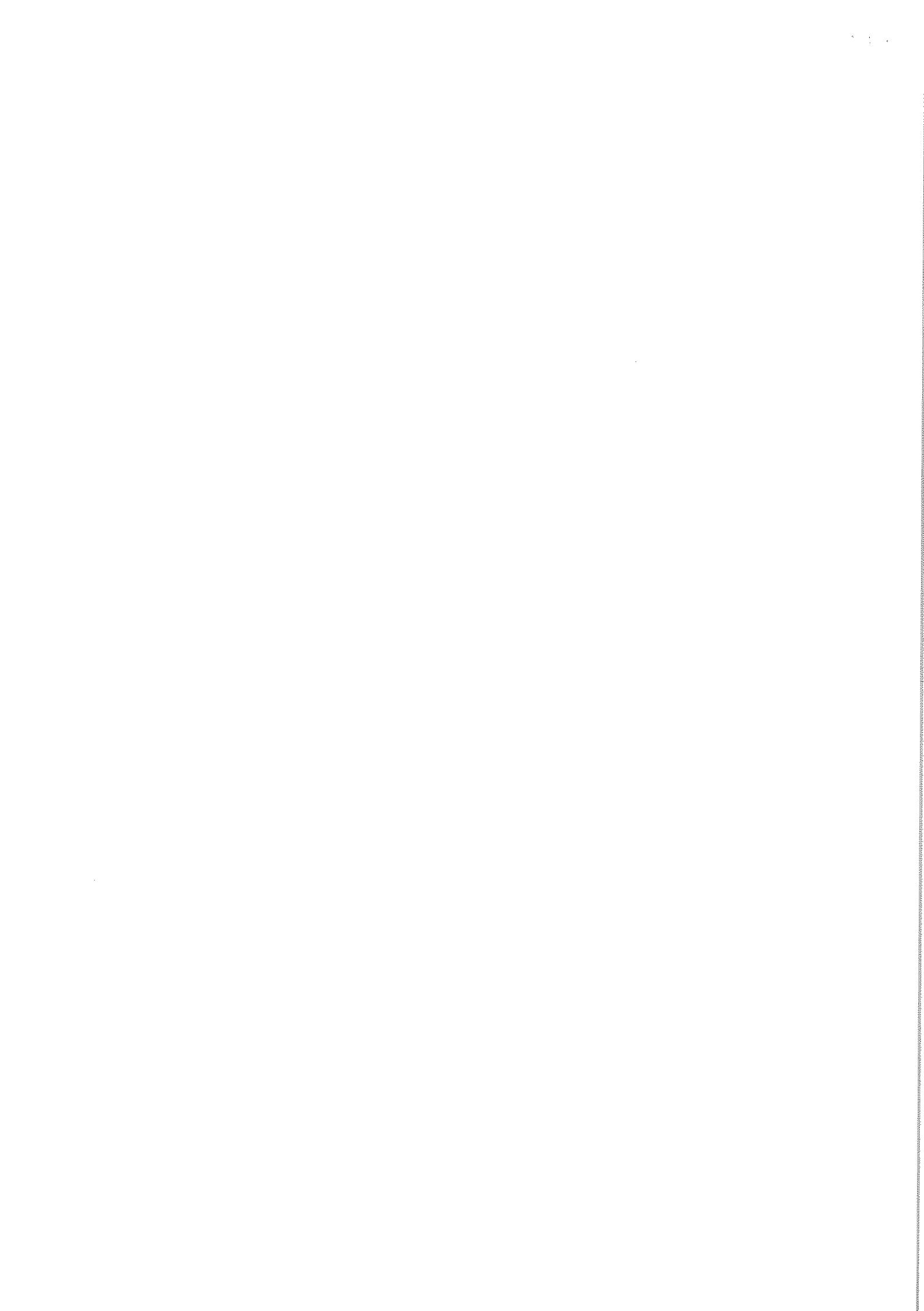


GE CardioSoft V6.51 (2)
75 mm/s 10 mm/mV 50Hz 0.01Hz FRF+ FC(V6,V4)

Non confirmé

Médecin demandeur: DR BOUCHINET

Page 6



Biologiste responsable : François CORNU	Biologistes médicaux :			
J.C. AZOULAY	H. DESSUANT	V. JACOMO	G. PERAZZA	B. SCHUBERT
S. BOURRIQUET	L. DRUART	L. LEFLEM	I. PETIT	K. SINKEVIC
C. BOUZ	A. EBEL	A. LIQUIER	B. QUILICHINI	L. STROMPF
D. BRUNENGO	G. EGEA	T. LY	E. RABUT	S. TAPIA
E. CART-TANNEUR	A. FORCE	A. MARCILLY	L. RAYMOND	J.M. VANDERNOTTE
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. GUI	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 77819-10.03.17

Enregistré le 10 Mars 2017, à 00h04

Édité le 10 Mars 2017, à 12h05:

Transmis par : LBM BIO LBS BOOS

Références : 7SBO068045

030404049 2043877819

T/ ROU180/000

Monsieur ROUSSEL PASCAL
41 ALLEE DES DEUX FERMES
76160 SAINT MARTIN DU VIVI

Exemplaire destiné au patient

Résultat d'analyse : Monsieur ROUSSEL, PASCAL

41 ALLEE DES DEUX FERMES 76160 SAINT MARTIN DU VIVI

Né le 24 Avril 1962, âgé de 54 ans

Prélèvement du 09 Mars 2017 à 08h51

EXAMENS URINAIRES

Cotinine (Immunoenzymologie -THERMO)

Résultat

< 40 µg/L

> 500 µg/L : fumeur actif

Réalisé par Biomnis IVRY – Validé par : Dr Isabelle PETIT

Dossier complet

F. cornu
François CORNU

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.

