

**QUESTIONNAIRE COMPLEMENTAIRE
ASSURANCE RESPONSABILITE CIVILE MEDICALE
CHIRURGIENS**

A retourner signé en même temps et en complément du questionnaire général

DETAILS SUR VOTRE ACTIVITE			
Disposez-vous de protocoles pré-opératoires, post-opératoires ?		OUI/ NON	
Etes-vous Chirurgien généraliste ?		OUI / NON	
Si oui, quelles sont vos 2 activités dominantes exprimées en nombre d'actes ? (mettre 1 pour la principale, 2 pour la secondaire et cocher pour les accessoires) :	Digestive		
	Orthopédique		
	Ophtalmologique		
	Du rachis		
	Urologique		
	Esthétique		
	Vasculaire		
	Neurochirurgie		
	ORL		
	Gynécologique		
	Maxillo-faciale		
	Cardiaque		
	Autres ? Précisez :		
Etes-vous Chirurgien spécialiste ?		OUI / NON	
Si vous exercez plusieurs spécialités, mettre 1 pour la principale, 2 pour la secondaire ? (cocher pour les accessoires) :			
Digestive			
Orthopédique			
Ophtalmologique			
Du rachis			
Urologique			
Esthétique			
Vasculaire			
Neurochirurgie			
ORL			
Gynécologique			
Maxillo-faciale			
Cardiaque			
Autres ? Précisez			
Pratiquez-vous la chirurgie vidéo assistée (célioscopie, arthroscopie...)?		OUI	NON
Assurez-vous des gardes dans d'autres spécialités ?		OUI	NON
Si oui, lesquelles :			
- Chirurgie dans le cadre des urgences :		OUI	NON
- Chirurgie générale :		OUI	NON
Vos patients et/ou leurs familles ou médecins traitants sont-ils tous informés par écrit, par vous mêmes ou l'établissement dans lequel vous exercez, des risques encourus du fait des interventions proposées ?		OUI	NON
Si vous pratiquez la chirurgie plastique, réparatrice ou esthétique faites vous toujours signer au préalable un document informant le Patient des risques encourus du fait des interventions proposées.		OUI	NON

Nom et prénom

Fait le

à

heures

Signature et cachet

Le présent questionnaire est soumis aux mêmes dispositions du Code des Assurances que le questionnaire