



QUESTIONNAIRE 15014 - ATTEINTE THYROÏDIENNE

Questionnaire confidentiel à remplir par le médecin traitant et à retourner par l'assuré lui-même à l'attention du Médecin Conseil d'APRIL Santé Prévoyance, 114 boulevard Marius Vivier Merle 69439 LYON Cedex 03.

N° Adhérent : ☐ M. ☐ Mme. ☐ Mlle.
NOM et PRENOM :
Date de naissance : Dossier suivi par : Le service médical

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

Toutes les questions sont à compléter par oui ou par non et à préciser en cas de réponse positive.

Diagnostic :
.....
Date de découverte : Date de dernière consultation :

	NON - OUI	COMMENTAIRES	DATES
Hyperthyroïdie présente :	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Depuis :
Hyperthyroïdie de l'adulte :	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Depuis :
Euthyroïdie :	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Rétablie depuis :
Maladie de Basedow :	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
Goître : - dimension stable :	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> Toxique <input type="radio"/> Non toxique <input type="radio"/> De type non spécifié	Depuis :
Nodule solitaire : - dimension stable :	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> Chaud* <input type="radio"/> Froid*	Depuis : Depuis :
Tumeur* :	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	Diagnostic histologique :	Depuis :
Thyroidite :	<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> De Hashimoto <input type="radio"/> Autre :	Guérison depuis :

QUESTIONNAIRE 15014 - ATTEINTE THYROÏDIENNE

Nom :

Prénom :

N° Adhérent :

	NON - OUI	COMMENTAIRES	DATES
Présence : - de tremblement : - d'exophtalmie : - de ralentissement psychomoteur persistant : - de répercutions cardiaques : - de myxocédème persistant :	<div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div>	<div>.....</div> <div><input type="checkbox"/> Maligne :</div> <div>.....</div> <div>Nature :</div> <div><input type="checkbox"/> Marqué <input type="checkbox"/> Sévère</div>	<div>.....</div> <div>.....</div> <div>.....</div> <div>.....</div> <div>.....</div>
Traitement médical : - toujours en cours :	<div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div>	<div>Lequel :</div> <div>Si non, interrompu :</div>	<div>Depuis :</div> <div>Depuis :</div>
Traitement chirurgical : - réalisé : - prévu : <i>(joindre les comptes rendus)</i>	<div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div>	<div>Résultats :</div> <div>Nature :</div> <div>Séquelles :</div> <div>.....</div>	<div>.....</div> <div>.....</div> <div>.....</div>
Examens réalisés : - ECG* : - repos : - effort : - Scintigraphie : - Echographie : - Radiothérapie : - TSH : - T4 <i>(joindre les comptes rendus et résultats)</i>	<div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div>	<div><input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal*</div> <div><input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal*</div> <div>Résultats :</div> <div>.....</div> <div>Résultat :</div> <div>.....</div> <div>Résultats :</div> <div>.....</div> <div>Résultats :</div> <div>.....</div> <div>Résultats :</div> <div>.....</div>	<div>.....</div> <div>.....</div> <div>.....</div> <div>.....</div> <div>.....</div> <div>.....</div> <div>.....</div> <div>.....</div> <div>.....</div> <div>.....</div>
Hypercholestérolémie :	<div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div>	<div>Taux :</div>	<div>.....</div>
Apte au travail à temps complet : Le patient est-il en invalidité :	<div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div>	<div>.....</div> <div>Taux : Catégorie :</div>	<div>.....</div>
Personne suffisamment autonome :	<div><input type="checkbox"/></div> <div><input type="checkbox"/></div>	<div>.....</div> <div>.....</div>	<div>.....</div>

Remarques éventuelles (autres traitements, autres affections) :