

## ATTEINTE THYROIDIENNE

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
*Veuillez écrire en majuscules*

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Activité professionnelle actuelle : .....

Poids (kg) : ..... Taille (cm) : ..... Tension artérielle : ..... / ..... Traitée ..... Oui Non

1. Diagnostic exact :

2. Date de découverte : .....

- |                          |     |     |
|--------------------------|-----|-----|
| 3. Hypothyroïdie .....   | Oui | Non |
| Hyperthyroïdie.....      | Oui | Non |
| Euthyroïdie .....        | Oui | Non |
| Maladie de Basedow ..... | Oui | Non |
| Goitre .....             | Oui | Non |

Si oui, Veuillez préciser la nature exacte (diffus, simple, multinodulaire, toxique ...) :

Nodule thyroïdien..... Oui Non

Si oui, Veuillez préciser la nature exacte (nodule chaud ou froid) :

- |  |     |     |
|--|-----|-----|
| Tumeur (si oui demander le questionnaire Tumeurs)..... | Oui | Non |
| Thyroïdite de Hashimoto.....                           | Oui | Non |
| Autres .....   | Oui | Non |

Commentaire(s) :

4. Traitement médical actuel :

5. Intervention(s) chirurgicale(s) : ..... Oui Non

Si oui, veuillez préciser la date et la nature de l'intervention (*joindre les comptes rendus opératoire et anatomopathologique*) :

6. Symptômes / Complications (*tremblement, exophtalmie, fibrillation auriculaire, ralentissement psychomoteur, crétinisme, myxœdème, signes d'insuffisance cardiaque, ...*) :

7. Résultats des derniers examens réalisés (*préciser la date et les résultats*) :

TSH .....  
T4 Libre .....  
ECG repos.....  
ECG d'effort.....  
Autres .....

8. Arrêt(s) de travail ..... Oui Non  
Si oui, préciser les dates de début et de fin, ainsi que la date de reprise des activités professionnelles :

9. Etat de santé actuel, pronostic :

10. Autres affections non reprises ci-dessus (*Date, nature et séquelles éventuelles*) :

**Veillez joindre tout document en votre possession pouvant donner des détails supplémentaires (comptes rendus médicaux, analyses biologiques etc...).**

Certificat rédigé à la demande de la personne à assurer et remis en main propre pour faire valoir ce que de droit.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

**Cachet et signature**  
**du Médecin Traitant**