

# Questionnaire F

## Atteinte thyroïdienne



À remplir à l'encre noire.

NOM et Prénom :

Date de naissance : / /

N° de police :

Cachet du médecin traitant

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 professionnel.

Prière de cocher les cases correspondantes et de fournir tout commentaire ou date en regard des réponses affirmatives lorsque cela est souhaité.

### Diagnostic :

Diagnostic :

Date de découverte : / /

Date de la dernière consultation : / /

	NON	OUI	Commentaires	Dates
<b>Hyperthyroïdie présente</b>				
<b>Hyperthyroïdie de l'adulte</b>				
<b>Euthyroïdie</b>			Rétablie depuis :	/ /
<b>Maladie de Basedow</b>				
<b>Goître :</b>				
Dimension stable			Toxique De type non spécifié Extension rétrosternale	Depuis : / / Non toxique Consistance nodulaire Compression trachéale
<b>Nodule solitaire :</b>			Chaud*	Froid*
Dimension stable				Depuis : / /
<b>Tumeur*</b>			Nom :	Guérison depuis : / /
<b>Thyroïdite</b>			De Hashimoto Autre :	
<b>Présence :</b>				
De tremblement				
D'exophtalmie			Maligne :	
De fibrillation auriculaire				
De signes d'insuffisance cardiaque				
De ralentissement psychomoteur persistant				
De myxoedème persistant				
D'arriération mentale			Marquée	Sévère
De signes physiques persistants de crétinisme				

