

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

NOM et Prénom :

Nature des troubles	NON	OUI	Commentaires	Dates
Traitement médical :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lequel ? <input type="text"/>	Depuis : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Toujours en cours	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Si non, interrompu depuis : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Traitement chirurgical <i>(Fournir une copie des comptes rendus opératoire et histologique)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lequel ? <input type="text"/> Séquelles : <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
<b>Examens réalisés au cours des 6 derniers mois :</b>				
Tests de la fonction thyroïdienne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Normaux <input type="checkbox"/> Anormaux*	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
ECG* repos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal*	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
ECG* effort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal*	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Hypercholestérolémie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Taux : <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
Apte au travail à temps complet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Personne suffisamment autonome (en cas de crétinisme)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Taille :  cm Poids :  kg Pouls :

Tension artérielle :  /  Date :  /  /  Traitée :

**IMPORTANT : La communication de tout examen anormal, ainsi que des clichés des examens radiologiques, des IRM et des scanners est indispensable.v**

Toute réticence ou fausse déclaration intentionnelle entraîne la nullité de l'assurance (art. L.113-8 du Code des Assurances)  
Veuillez adresser directement ce questionnaire à l'attention du Médecin-Conseil à [prevoyance.metlife@cbp-france.eu](mailto:prevoyance.metlife@cbp-france.eu) ou sous pli confidentiel à :  
Cbp France - Service Prévoyance CS 20008 - 44967 NANTES CEDEX 9

Fait à :  Le :  /  /

Signature du médecin traitant