

QUESTIONNAIRE LEVOTHYROX®

Les questions posées ont pour objectif d'assurer le sérieux et la crédibilité de la plainte que nous déposerons en votre nom dès réception de vos réponses, de vos documents, et du règlement de nos honoraires et frais.

Les honoraires et frais du dépôt de plainte sont fixés forfaitairement à 99 euros TTC, comprenant :

- La réception du questionnaire rempli par vos soins et de vos documents ;
- La rédaction de votre plainte ;
- L'envoi de votre plainte à votre adresse mail ou postale, pour mémoire ;
- L'envoi de votre plainte au Parquet de Marseille, par courrier recommandé.

Tout comme votre médecin, tous les membres du cabinet FGK sont tenus au secret professionnel, de sorte que les informations que vous nous communiquez sont confidentielles, et ne serviront que dans le cadre de la procédure en cours.

Nous vous rappelons que vous êtes seul(e) responsable de vos déclarations. Sachez cependant que toute déclaration que l'enquête révélerait mensongère serait préjudiciable à la procédure.

IDENTIFICATION DU PLAIGNANT

ETAT CIVIL :

Qualité :

Monsieur Madame Mademoiselle

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Nationalité :

française UE hors UE

Nationalité si PAS française :

Profession :

ADRESSE :

N° de rue :

Nom de rue :

Complément d'adresse :

Code postal :

Ville :

Pays, si hors de France :

COUVERTURE SOCIALE :

Numéro de sécurité sociale :

Adresse CPAM / RSI :

Le cas échéant, complémentaire santé :

COORDONNEES :

Email :

Téléphone fixe :

Téléphone portable :

DONNEES PHYSIOLOGIQUES THYROÏDIENNES

Etat physiologique de la thyroïde :

- thyroïde entière mais dysfonctionnante
- ablation partielle de la thyroïde
- ablation partielle (25%) de la thyroïde
- ablation partielle (50%) de la thyroïde
- ablation partielle (75%) de la thyroïde
- ablation totale (100%) de la thyroïde

Le cas échéant, date d'ablation :

Présence de nodules :

- OUI NON

Pathologie thyroïdienne :

- Basedow

- Hashimoto
- hypothyroïdie fruste
- nodules thyroïdiens
- goitre
- cancer
- autre :

Ancienneté de la pathologie thyroïdienne (en années) :

Ancienneté de la prise de Lévothyrox® (toutes formules confondues) : ans

Dosage sous l'ancienne formule de Lévothyrox® (en microgrammes) :

- 25 50 75 100
- 125 150 175 200

Fréquence de prise sous l'ancienne formule de Lévothyrox® :

- quotidienne
- hebdomadaire
- mensuelle
- occasionnelle

Début de la prise de la nouvelle formule de Lévothyrox® (mois et année) :

Durée de la prise de la nouvelle formule de Lévothyrox® (en mois) :mois

Révision dosage sous la nouvelle formule de Lévothyrox® :

- OUI NON pas encore effectué

Dosage sous nouvelle formule (en microgrammes) :

- 25 50 75 100
- 125 150 175 200

Fréquence de prise sous la nouvelle formule de Lévothyrox® :

- quotidienne
- hebdomadaire
- mensuelle
- occasionnelle

Retour à l'ancienne formule de Lévothyrox® :

- OUI NON

Ancienneté du retour à l'ancienne formule de Lévothyrox® (en mois) :mois

Révision dosage après retour à l'ancienne formule de Lévothyrox® :

OUI NON pas encore effectué

Dosage après retour à l'ancienne formule de Lévothyrox® (en microgrammes) :

25 50 75 100
 125 150 175 200

Fréquence de prise après retour à l'ancienne formule de Lévothyrox® :

quotidienne
 hebdomadaire
 mensuelle
 occasionnelle

DONNEES PHYSIOLOGIQUES NON SPECIFIQUEMENT THYROÏDIENNES

Afin de fournir une information suffisamment précise sur votre état de santé et d'envisager les principales interactions possibles avec le Lévothyrox®, nous vous proposons de compléter ce questionnaire en répondant aux questions ci-dessous.

Vous n'êtes pas obligé(e) d'y répondre. Cependant, lors de votre audition, ces questions vous seront certainement posées. Vous pourrez refuser d'y répondre, mais cela laissera libre court à l'interprétation des magistrats en charge du dossier.

ÊTES-VOUS ATTEINT DES PATHOLOGIES SUIVANTES :

Epilepsie :

OUI NON

Diabète :

OUI NON

Hypertension :

OUI NON

Cholestérol :

OUI NON

Cancer NON thyroïdien :

OUI NON

Si oui, veuillez indiquer la localisation du ou des cancers qui vous affecte(nt) :

<input type="checkbox"/> cerveau	<input type="checkbox"/> estomac
<input type="checkbox"/> col de l'utérus	<input type="checkbox"/> foie
<input type="checkbox"/> colorectal	<input type="checkbox"/> généralisé
<input type="checkbox"/> corps de l'utérus (endomètre)	<input type="checkbox"/> intestin grêle

- | | |
|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> leucémie | <input type="checkbox"/> prostate |
| <input type="checkbox"/> œsophage | <input type="checkbox"/> rein |
| <input type="checkbox"/> os | <input type="checkbox"/> sein |
| <input type="checkbox"/> ovaire | <input type="checkbox"/> testicules |
| <input type="checkbox"/> pancréas | <input type="checkbox"/> vessie |
| <input type="checkbox"/> peau | <input type="checkbox"/> voies aéro-digestives supérieures
(lèvres, bouche, larynx) |
| <input type="checkbox"/> plèvre | |
| <input type="checkbox"/> poumon | |

PREMENOPAUSE :

Êtes-vous en préménopause ?

- OUI NON

GROSSESSE :

Étiez-vous enceinte en mars 2017, ou êtes-vous tombée enceinte depuis mars 2017 ?

- OUI NON

Si oui, à quelle date a été fixé le début de la grossesse :

TRAITEMENTS CHRONIQUES :

Si vous prenez régulièrement un ou plusieurs traitements autres que le Lévothyrox®, veuillez les indiquer ci-dessous :

- beta bloquant
- cardiaque
- fluidifiant
- foie
- intestins
- pilule contraceptive
- patch nicotine

**EFFETS INDESIRABLES IMPUTES AU CHANGEMENT DE FORMULE DU
LEVOTHYROX®**

Nous vous prions de bien vouloir décrire ci-dessous les effets indésirables que vous estimez avoir subis du fait de la nouvelle formule du Lévothyrox®.

**EFFETS INDESIRABLES ORDINAIREMENT SIGNALES PAR LES PATIENTS SOUS
LEVOTHYROX® :**

Date d'apparition des premiers effets indésirables :

Effets indésirables :

- Hypothyroïdie Hyperthyroïdie

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Crampes | <input type="checkbox"/> Perte de mémoire |
| <input type="checkbox"/> Démangeaisons (prurit) | <input type="checkbox"/> Prise de poids |
| <input type="checkbox"/> Douleurs articulaires genoux | <input type="checkbox"/> Troubles de l'humeur |
| <input type="checkbox"/> Fatigue intense (asthénie galopante) | <input type="checkbox"/> Troubles de la vue (voile devant les yeux) |
| <input type="checkbox"/> Insomnie | <input type="checkbox"/> Troubles intestinaux |
| <input type="checkbox"/> Mots de tête importants | <input type="checkbox"/> Vertiges |
| <input type="checkbox"/> Nausées | |
| <input type="checkbox"/> Perte de cheveux | |

ARRET(S) DE TRAVAIL :

Avez-vous été mis en arrêt de travail depuis le 1^{er} mars 2017 pour une cause que vous attribuez à la nouvelle formule du Lévothyrox® ?

- OUI NON

Date du premier arrêt de travail concerné :

PERSISTANCE DES EFFETS INDESIRABLES :

A ce jour, ces effets indésirables persistent-ils ?

- OUI NON

Autre conséquence médicale à rapporter :

.....
.....
.....

SIGNALEMENT ANTERIEUR DES EFFETS INDESIRABLES

Certains des patients sous Lévothyrox® ont déjà signalé ces effets indésirables aux services publics compétents. Cela n'est **pas** obligatoire.

Avant de remplir ce formulaire, avez-vous déjà signalé ces effets indésirables :

- OUI NON

Au Ministère de la Santé ?

- OUI NON

A l'ANSM (Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé) ?

- OUI NON

Au Centre Régional de Pharmacovigilance ?

- OUI NON

DOCUMENTS A JOINDRE A LA PLAINTÉ

Vous avez terminé de remplir le questionnaire.

Vous devez maintenant nous fournir quelques documents justificatifs, afin que nous puissions prouver les éléments principaux de votre plainte.

Veillez cocher les cases des pièces que vous joignez à votre formulaire :

Pièces obligatoires :

- Carte d'identité ou passeport, recto-verso
- Certificat médical (à votre nom) attestant d'une pathologie nécessitant un traitement au
- Lévothyrox®
- Prescription médicale (à votre nom) de Lévothyrox® postérieure au 1^{er} janvier 2017

Pièces facultatives :

- Analyses de biologie médicale réalisées en 2017
- Photo de la face avant et de la face latérale gauche des boîtes de Lévothyrox® nouvelle formule que vous avez entamées, afin qu'apparaissent la date d'expiration et le numéro de lot de ces boîtes (exemple ci-dessous)
- Le cas échéant, tout arrêt de travail imputable au Lévothyrox®
- Le cas échéant, preuve de grossesse en cours en mars 2017 ou ayant débuté après le 1^{er} mars 2017
- Le cas échéant, preuve du signalement au Ministère de la Santé
- Le cas échéant, preuve du signalement à l'ANSM
- Le cas échéant, preuve du signalement au Centre régional de pharmacovigilance

Nous vous remercions d'avoir rempli ce questionnaire.

Dès réception de celui-ci, des pièces jointes, et du règlement de nos honoraires et frais 99 euros TTC), nous déposerons plainte en votre nom et vous en adresserons une copie.

Vos bien dévoués Conseils.



SIGNATURE DU CLIENT :