

FIRENDO_FMG TRH/HYPO/Pathologies de l'axe thyroïdienne

Questionnaire RCP

Date : ____ / ____ / ____

* Champ obligatoire

MEDECIN

Question	Réponse
Médecin prescripteur <i>Texte libre</i>	
Médecin correspondant <i>Texte libre</i>	
Date et coordinateur de la séance : <i>Texte libre</i>	

ACCORD

Question	Réponse
Accord des 2 parents <i>Choix unique</i>	☐ Oui ☐ Non
Possibilité de prélever les parents <i>Choix unique</i>	☐ Oui ☐ Non ☐ NA
Plateforme <i>Choix unique</i>	☐ SEQOIA ☐ AURAGEN
Validation par le CRM/CCMR <i>Choix unique</i>	☐ Oui ☐ Non
Nom du médecin équipe CRM/CCMR <i>Texte libre</i>	

ANTECEDENTS

Question	Réponse
Familiaux <i>Texte libre</i>	
Consanguinité <i>Texte libre</i>	
Cas familial <i>Choix unique</i>	☐ Oui ☐ Non
Arbre généalogique à joindre <i>Texte libre</i>	

HISTOIRE DE LA MALADIE

Question	Réponse
Hypothyroïdie congénitale : <i>Choix unique</i>	☐ Oui ☐ Non
TSH : <i>Texte court</i>	
T4L : <i>Texte court</i>	
Glande en place <i>Choix unique</i>	☐ Oui ☐ Non
Trouble de l'hormonogenèse <i>Choix unique</i>	☐ Oui ☐ Non
Phénotype clinique <i>Texte court</i>	
Phénotype hormonal : <i>Texte court</i>	

Termes HPO

Question	Réponse
----------	---------

Hypothyroïdie: <i>Select</i>	
Hyperthyroïdie/Goitre: <i>Select</i>	
Si autres termes HPO : <i>Texte court</i>	
Si autres termes HPO : <i>Texte court</i>	
Résistance et anomalies de T45-T3-TSH : <i>Select</i>	
Si autres termes HPO <i>Texte court</i>	
Autoimmunité <i>Select</i>	
Si autres termes HPO <i>Texte court</i>	
chographie et scintigraphie thyroïdiennes, test au Perchlorate : <i>Texte court</i>	
Evaluation hypophysaire : <i>Texte court</i>	

Etude moléculaire :

Question	Réponse
Panel et gènes analysés : <i>Texte court</i>	
Date : <i>Date</i>	
Laboratoire : <i>Texte court</i>	
Résultats : <i>Texte court</i>	
Question(s) posée(s): <i>Texte libre</i>	

Avis de la RCP FMG <i>Texte libre</i>	