

CARNET DE SUIVI DU TRAITEMENT PAR LEVOTHYROXINE

Cette fiche est destinée à être remplie par le patient et son médecin et à permettre le recueil d'informations essentielles dans le cadre du parcours de soin du patient.

DATE DE CONSULTATION	SYMPTÔMES RELEVÉS PAR LE PATIENT	DONNÉES DE L'EXAMEN CLINIQUE (dont poids, rythme cardiaque, pression artérielle)	MÉDICAMENT ACTUELLEMENT PRIS PAR LE PATIENT		RÉSULTATS D'EXAMENS BIOLOGIQUES	MÉDICAMENT PRESCRIT À L'ISSUE DE LA CONSULTATION		OBSERVATIONS (date du prochain dosage biologique, etc)
			NOM DU MÉDICAMENT	POSOLOGIE		NOM DU MÉDICAMENT	POSOLOGIE	
/ /	-	-			TSH : T4I* : Autres : - - - - - - - - - - - - - - - - - - -			
/ /	-	-			TSH : T4I* : Autres : -			

* : Lorsque recommandé dans le document d'accompagnement

CARNET DE SUIVI DU TRAITEMENT PAR LEVOTHYROXINE

Cette fiche est destinée à être remplie par le patient et son médecin et à permettre le recueil d'informations essentielles dans le cadre du parcours de soin du patient.

DATE DE CONSULTATION	SYMPTÔMES RELEVÉS PAR LE PATIENT	DONNÉES DE L'EXAMEN CLINIQUE (dont poids, rythme cardiaque, pression artérielle)	MÉDICAMENT ACTUELLEMENT PRIS PAR LE PATIENT		RÉSULTATS D'EXAMENS BIOLOGIQUES	MÉDICAMENT PRESCRIT À L'ISSUE DE LA CONSULTATION		OBSERVATIONS (date du prochain dosage biologique, etc)
			NOM DU MÉDICAMENT	POSOLOGIE		NOM DU MÉDICAMENT	POSOLOGIE	
/ /	-	-			TSH : T4I* : Autres : - - - - - - - - - - - - - - - - - - -			
/ /	-	-			TSH : T4I* : Autres : -			

* : Lorsque recommandé dans le document d'accompagnement

CARNET DE SUIVI DU TRAITEMENT PAR LEVOTHYROXINE

Cette fiche est destinée à être remplie par le patient et son médecin et à permettre le recueil d'informations essentielles dans le cadre du parcours de soin du patient.

DATE DE CONSULTATION	SYMPTÔMES RELEVÉS PAR LE PATIENT	DONNÉES DE L'EXAMEN CLINIQUE (dont poids, rythme cardiaque, pression artérielle)	MÉDICAMENT ACTUELLEMENT PRIS PAR LE PATIENT		RÉSULTATS D'EXAMENS BIOLOGIQUES	MÉDICAMENT PRESCRIT À L'ISSUE DE LA CONSULTATION		OBSERVATIONS (date du prochain dosage biologique, etc)
			NOM DU MÉDICAMENT	POSOLOGIE		NOM DU MÉDICAMENT	POSOLOGIE	
/ /	-	-			TSH : T4I* : Autres : - - - - - - - - - - - - - - - - - - -			
/ /	-	-			TSH : T4I* : Autres : -			

* : Lorsque recommandé dans le document d'accompagnement