

UPGCS



*Union pour la Prévention et la
Gestion des Crises Sanitaires
Partenariat Soignants/Patients pour une Médecine Humaine*

Je soussignée (nom, prénom)

certifie avoir été soigné(e) avec la nouvelle formule levothyrox, dans le cadre d'une pathologie

thyroïdienne de (date de début de la prise de la NF) _____

jusqu'à (date d'arrêt de cette formule) _____

et déclare en avoir subi des effets secondaires qui perdurent toujours actuellement à ce jour

(date à laquelle vous signez cette déclaration) _____

J'affirme qu' actuellement je souffre d'effets secondaires qui ont commencé après la prise de la NF Levothyrox :

- de façon épisodique et peu contraignante
- de façon épisodique et assez contraignante
- de façon régulière et peu contraignante
- de façon régulière et très contraignante
- de façon permanente et peu contraignante
- de façon permanente et très contraignante
- de façon permanente et invalidante
- de façon permanente et totalement invalidante

(cocher la case qui est la plus proche de votre état)

Fait à _____ le _____

Signature :

à renvoyer à UPGCS, 11 rue Emile Tabary 59278 Escautpont

