

# **Association française ALERTE THYROIDE**

Association loi de 1901, enregistrée à la Sous-Préfecture de GRASSE n° W061009420

## **Bulletin d'adhésion année 2017-2018**

Merci de nous renvoyer à l'adresse suivante (merci ne pas envoyer en recommandé avec AR, éventuellement en Lettre suivie) :

**ALERTE THYROIDE, 22 allée des roses 06250 Mougins**

- 1) L'original de ce bulletin d'adhésion,
- 2) En double exemplaire la Notice Ministérielle remplie ci-dessous,
- 3) En double exemplaire votre dossier médical,
- 4) En double exemplaire votre certificat médical relatant vos symptômes (merci d'insister auprès de votre médecin traitant sinon vous l'informez que vous pouvez déposer plainte pour non-assistance à personne en danger) ou à défaut, des attestations de témoins de votre entourage décrivant vos symptômes <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/R11307> .
- 5) Votre chèque d'adhésion de 5 € pour UN Chef d'inculpation ou 10 € pour DEUX Chefs d'inculpation (voir page 4). Libeller le chèque à Alerte Thyroïde,
- 6) La copie de votre Pièce d'identité
- 7) Enfin, signalez vos symptômes sur [https://signalement.social-sante.gouv.fr/psig\\_ilm\\_utilisateurs/index.html#/choixProduitPecPA](https://signalement.social-sante.gouv.fr/psig_ilm_utilisateurs/index.html#/choixProduitPecPA) (merci de nous envoyer la copie de votre signalement).

Nom du participant : ..... Prénom : .....

Né(e) le : ..... / ..... / .....à .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Téléphone fixe : ..... Téléphone mobile :.....

Adresse électronique (merci d'écrire lisiblement en majuscules)

.....@.....

\* Souhaitez-vous déposer plainte ?                      **OUI**                      **NON**

\* Désirez-vous être responsable d'un département ?      **OUI**                      **NON**

Si oui, lequel : .....

**DATE ET SIGNATURE :**

MINISTÈRE DE LA JUSTICE

COUR D'APPEL D'AIX-EN-PROVENCE

TRIBUNAL DE GRANDE INSTANCE DE MARSEILLE

POLE DE SANTE PUBLIQUE

**PIECES A PRODUIRE A L'APPUI D'UNE PLAINTE  
DEPOSEE PAR LES VICTIMES DU CHANGEMENT  
DE FORMULE DU LEVOTHYROX®**

Ce document s'adresse aux personnes se présentant comme victimes du changement de formule du Levothyrox® et qui souhaitent déposer une plainte devant le procureur de la République du pôle santé publique du TGI de Marseille.

**Vous souhaitez déposer plainte**, vous devez :

1. Renseigner et remettre à l'unité de Police ou de Gendarmerie de votre domicile le formulaire type suivant valant dépôt de plainte ;
2. Produire les pièces médicales suivantes :
  - un certificat médical rempli par votre médecin ;
  - produire, si vous en disposez les ordonnances de Levothyrox® à votre nom ;
  - fournir les résultats d'analyse de vos analyses de biologie médicale de l'année 2017 ;
  - donner, si vous les avez, les numéros de lots du médicament Levothyrox® consommés

**1 - formulaire type valant dépôt de plainte**

Nom : Nom épouse :

Prénoms :

Date de naissance :

Situation familiale :

Adresse postale :

Numéro de téléphone :

Adresse mail :

Nom de la Caisse d'assurance maladie :

N° Sécurité Sociale :

Mutuelle de santé :

- Pathologie à l'origine de la prise de Lévothyrox® :
- Autre(s) pathologie(s) :
- Nom du médecin prescripteur de Lévothyrox® et spécialité :

**Avant le changement de formule**

Date initiale de prise du médicament :

Dernière posologie durant le 1<sup>er</sup> trimestre 2017 avant le changement de formule :

L'insuffisance thyroïdienne était-telle équilibrée ou pas avec ce traitement :

Fréquence des analyses de biologie :

- **Depuis la nouvelle formule du Lévothyrox®** (changement de formule intervenu fin mars 2017)
- Avez-vous été informé par votre médecin ou votre pharmacien du changement de formule ?
- Date de prise du médicament nouvelle formule :
- Apparition d'effets indésirables : Oui – Non  
Description des modifications sur votre état de santé, apparition d'éventuelles complications médicales :
  
- Décrire les autres médicaments pris en raison d'autres pathologies sur cette même période ou un autre évènement susceptible d'interférer avec le traitement (patch nicotine, stress ...) :
  
- Décrire ce qui a été fait par votre médecin : consultation de médecin spécialiste, examens complémentaires, nouvelles analyses de biologie médicale, ajustement de la posologie, ...
  
- Les effets indésirables ont-ils disparu après ajustement du traitement par votre médecin ?
- Avez-vous déclaré ces effets indésirables (entourez la réponse) :
  - o sur le portail du ministère de la santé :                               Oui    Non
  - o auprès du centre régional de pharmacovigilance :                    Oui    Non
  - o auprès d'une association, d'un avocat :                                Oui    Non  
si oui, laquelle ou lequel ?

**2 – les pièces médicales à produire à l'appui de votre plainte :**

2.1 Certificat médical : vous devez faire remplir par votre médecin en charge de votre traitement un certificat médical comportant au minimum les éléments suivants :

- o pathologie à l'origine du traitement par Lévothyrox®,
- o date d'apparition et description des effets indésirables rapportés au changement de formule du Lévothyrox®,
- o suites données par le médecin,
- o conséquences médicales et éventuelle ITT.

2.2 Ordonnances de Lévothyrox® à votre nom depuis le 1<sup>er</sup> Janvier 2017

Si vous n'en disposez pas, un double de ces ordonnances est disponible auprès de votre pharmacien.

2.3 Résultats de vos analyses de biologie médicale de l'année 2017 : bilans effectués avant et après le changement de formule

Si vous n'en disposez pas, un double de ces analyses peut être obtenu auprès du laboratoire d'analyse de biologie médicale.

2.4 Donner, si vous les avez, les numéros de lots du médicament Lévothyrox® consommés depuis le 1<sup>er</sup> Janvier 2017

Ces numéros de lot sont inscrits sur l'emballage du médicament, éventuellement disponible auprès de votre pharmacien.

# MANDAT DE REPRESENTATION AFFAIRE

## LEVOTHYROX NOUVELLE FORMULE

Je soussigné(e) : Mme/Mr .....

Adhérent d'ALERTE THYROIDE, Donne mandat de représentation à l'avocat que l'association ALERTE THYROIDE aura choisi pour l'acte introductif, la constitution de partie civile, le suivi des éventuelles expertises judiciaires, à l'audience et pour l'exécution du jugement.

Pour le chef ou les chefs d'inculpation suivant(s) :

(Veuillez cocher les cases sollicitées)

- MISE EN DANGER D'AUTRUI, TROMPERIE AGGRAVEE, DOL EVENTUEL
  - Contre MERCK
  - Contre X (ceux qui ont donné l'ordre de changer l'ancienne formule du LEVOTHYROX)
  
- NON-ASSISTANCE A PERSONNE EN DANGER
  - Contre MERCK
  - Contre l'ANSM
  - Contre la MINISTRE DE LA SANTE et contre LE MINISTRE DE L'ECONOMIE
  - Contre X médecins, X pharamaciens
  - Contre X députés, X sénateurs, X maires,
  - Contre X médias

Signature