

# CENTRE DE MEDECINE NUCLEAIRE

SCINTIGRAPHIES - EXPLORATIONS FONCTIONNELLES RADIO-ISOTOPIQUES

Dr Francine LAPEYRE  
19 1 70145 7

Dr Raphaëlle MARTAILLÉ-RICHARD  
19 1 70146 5

Dr Laurent ALLAINMAT  
19 1 70172 1

## FORMULAIRE DE DEMANDE DE CARTOGRAPHIE CORPS ENTIER A L'IODE 131

DATE DE LA DEMANDE :

### IDENTIFICATION PATIENT :

Nom : ..... Prénom : ..... Poids : kg Taille :  
Date de naissance : ..... Valide :  oui  non  
Adresse : .....  
Téléphone domicile : ..... Portable : .....  
Adresse mail : .....  
*Patient prévenu de la demande :*  Oui  Non

### Médecin demandeur :

Nom :  
Adresse ou service :  
Téléphone : Fax :  
E-mail :

### Médecin traitant :

Nom :

### INDICATION :

Date et type d'intervention :  
Date et dose de l'irathérapie initiale :  
Résultat de la dernière cartographie effectuée :

### RESULTAT A TRANSMETTRE POUR LA MISE EN PLACE DE L'EXAMEN :

Echographie cervicale (CR à transmettre avec la demande)

THYROGLOBULINE sous traitement (CR à transmettre avec la demande)

**Nous nous chargeons de convoquer le patient et de lui transmettre les ordonnances pour les injections de Thyrogène.**

### Réservé au Médecin Nucléaire :

Dose à commander : 5mCi – Dose à administrer : 5 mCi  
Date de rendez-vous : Dernière prise ATS le :

**Rappel des contre-indications : Grossesse, Incapacité à maintenir la position immobile**

CENTRE DE MEDECINE NUCLEAIRE "LES CEDRES" – 2 Avenue du 18 juin 1940 – 19100 BRIVE LA GAILLARDE  
Tél : 05.55.87.43.41 – Fax : 05.55.87.96.63 – E-mail : secretariat@mednuc-correze.fr