

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 THERAPIE 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 :

.....
.....
.....
.....

ATS en cours : OUI NON Arrêt prévu Jours avant thérapie

Incontinence : OUI NON

Scintigraphie de moins de deux mois, faite dans le service : OUI NON

Si non, joindre les images et le CR

Echographie thyroïdienne :

Taille lobe droit : X X
Taille lobe gauche : X X

Effet envisagé :

Euthyroïdie Eventuelle hypothyroïdie

Prévoir un arrêt de travail les 4 jours qui suivent le traitement

Réservé au Médecin Nucléaire :

Dose à commander :
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