

# 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 SCINTIGRAPHIE THYROIDIENNE

### IDENTIFICATION PATIENT :

Nom : ..... Prénom : ..... Poids :    kg    Taille :  
Date de naissance : ..... Valable :  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 :

### Documents nécessaires pour le jour de l'examen :

- Echographie cervicale
- Bilan thyroïdien

Indication principale : HYPERTHYROIDIE

- Indications, contexte clinique :

**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