	Entité d'application : Services de soins du CHU de Bordeaux	EN-RAD-015
	Emetteur : Service de Médecine Nucléaire	
DOCUMENT D'ENREGISTREMENT		Ind : 03 Page : 1/2
<b>Demande d'Irathérapie pour totalisation d'un carcinome thyroïdien de souche vésiculaire</b>		

NOM :

Prénom :

Date naissance :

Poids (enfant) :

Thyroïdectomie totale le :

Exérèse carcinologiquement complète    oui     non 

Tampon médecin demandeur
--------------------------


papillaire VBD VMD unifocal bi ou multifocal emboles pT1   
≤10mmpT1   
>10mmpT2 pT3 pT4 N0 N1 Nx M0 M1 Mx 

Validation RCP du :

Activité souhaitée :    1100 MBq     3700 MBq     autre : ..... MBqTHYROGEN Sevrage 

Pour le :

--

 <b>CHU</b> Hôpitaux de Bordeaux	Entité d'application : Services de soins du <b>CHU de Bordeaux</b> Émetteur : Service de Médecine Nucléaire	<b>EN-RAD-015</b>
	<b>DOCUMENT D'ENREGISTREMENT</b>	Ind : 03 Page : 2/2
<b>Demande d'Irathérapie pour totalisation d'un carcinome          thyroïdien de souche vésiculaire</b>		

NOM/ Prénom patient : .....

**Contre-Indications absolues :**  
 Grossesse non       Allaitement non

**Contraception :**      oui       si oui laquelle :  
    non      $\beta$ HCG (obligatoire) :

**Contre-Indications relatives :**      oui       non

Si oui lesquelles ?

- surcharge iodée (médicaments/produit contraste)
- pathologie oesophagienne
- gastrite et/ou ulcère GD évolutif
- Incontinence urinaire
- insuffisance rénale    Créatinine :
- dialyse
- métastase cérébrale non traitée et symptomatique
- compression médullaire non traitée et symptomatique
- paralysie récurrentielle
- espérance de vie < 6 mois
- perte d'autonomie

Patient Informé le :    par :

Demande validée le :

*SIGNATURE MEDECIN NUCLEAIRE*

*SIGNATURE RADIOPHYSICIEN*

*SIGNATURE RADIOPHARMACIEN*

## DEMANDE D'HOSPITALISATION IRATHERAPIE

Pr.CATARGI

Dr.GUYOT

Pr.TABARIN

Melle  Mme  M.

NOM .....

PRENOM .....

DATE DE NAISSANCE .....

ADRESSE .....

DOMICILE .....

TRAVAIL.....

PORTABLE.....

NOM DU MEDECIN TRAITANT :

NOM DU MEDECIN SPECIALISTE:

PATIENT CONNU :

NOUVEAU PATIENT :  Vu en consultation

Communication téléphonique :

↳ Médecin demandeur : Docteur.....

HOSPITALISATION VALIDEE PAR LA RCP DU :

DATE SOUHAITEE : ...  < 1 mois  < 3 mois

PREVUE LE : .....

CONVOCACTION FAITE :

OUI

NON

MOTIF D'HOSPITALISATION : (préciser)

ACTIVITE PREVUE EN mCi : (préciser)  30mCi

100M Ci

SEVRAGE :  NON

OUI

THYROGEN :  NON

OUI (préciser)

TAILLE :

POIDS :

BILAN	EXAMENS COMPLEMENTAIRES
EXAMENS	
BILAN STANDARD <input type="checkbox"/>	ECHO DOPPLER DU COU (Bon à remplir) <sup>(*)</sup> <input type="checkbox"/>
TSH <input type="checkbox"/>	SCANNER (Bon à remplir) <sup>(*)</sup> <input type="checkbox"/>
βHCG <input type="checkbox"/>	DOPPLER (Bon à remplir) <sup>(*)</sup> <input type="checkbox"/>
IODURIE <input type="checkbox"/>	TEP SCAN (Bon à remplir) <sup>(*)</sup> <input type="checkbox"/>

REMARQUE

DATE : .....

DOCTEUR : .....

SIGNATURE

(\*) Ne pas oublier de remplir les bons et de les joindre à cette demande