

	Entité d'application : Services de soins du CHU de Bordeaux	EN-RAD-016
	Emetteur : Service de Médecine Nucléaire	
DOCUMENT D'ENREGISTREMENT		Ind : 01 Page : 2/2

Demande d'Irathérapie pour récidence ou métastase d'un carcinome thyroïdien de souche vésiculaire

NOM/ Prénom patient :.....

Contre-indications absolues :
 grossesse en cours allaitement en cours

Contraception : oui si oui laquelle :

Contre-indications relatives : oui non

Si oui lesquelles ?

surcharge iodée (médicaments/produit contraste)	<input type="checkbox"/>	
pathologie oesophagienne	<input type="checkbox"/>	
gastrite et/ou ulcère GD évolutif	<input type="checkbox"/>	
incontinence urinaire	<input type="checkbox"/>	
insuffisance rénale	<input type="checkbox"/>	créatinine :
dialyse	<input type="checkbox"/>	
métastase cérébrale non traitée et symptomatique	<input type="checkbox"/>	
compression médullaire non traitée et symptomatique	<input type="checkbox"/>	
paralysie récurrentielle	<input type="checkbox"/>	
espérance de vie < 6 mois	<input type="checkbox"/>	
perte d'autonomie	<input type="checkbox"/>	

Patient informé le : par :

Demande validée le :

SIGNATURE MEDECIN NUCLEAIRE **SIGNATURE RADIOPHYSICIEN**

SIGNATURE RADIOPHARMACIEN



Entité d'application : Services de soins du CHU de
Bordeaux

EN-RAD-016

Emetteur : Service de Médecine Nucléaire

DOCUMENT D'ENREGISTREMENT

Ind : 01
Page : 1/2

**Demande d'Irathérapie pour récurrence ou métastase
d'un carcinome thyroïdien de souche vésiculaire**

NOM :

Prénom :

Date naissance :

Poids (enfant) :

Tampon médecin demandeur

Le patient a déjà reçu de l'I131 CHU Hors CHU où ?

Activité déjà reçue :

Date de la dernière cure :

Validation RCP le :

Activité souhaitée : 1100 MBq 3700 MBq autre : MBq

Pour le :

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 :

CONVOCAION 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) (*) <input type="checkbox"/>
TSH <input type="checkbox"/>	SCANNER (Bon à remplir) (*) <input type="checkbox"/>
βHCG <input type="checkbox"/>	DOPPLER (Bon à remplir) (*) <input type="checkbox"/>
IODURIE <input type="checkbox"/>	TEP SCAN (Bon à remplir) (*) <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>

REMARQUE

DATE :

DOCTEUR :

SIGNATURE

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