

 CHU Hôpitaux de Bordeaux	Entité d'application : Services de soins du CHU de Bordeaux Emetteur : Service de Médecine Nucléaire - Groupe hospitalier Sud	EN-RAD-021
	DOCUMENT D'ENREGISTREMENT	
Demande d'Irathérapie pour dysthyroïdie		

Patient (e) NOM :	Prénom :
Date naissance :	
Adresse :	
Tel :	
Indication :	
Masse glande thyroïde : g	Masse nodule toxique : g
Masse GMHN : g	
Scintigraphie : faite, à joindre <input type="checkbox"/>	à prévoir <input type="checkbox"/>
Activité souhaitée :MBq mCi	
pour le :	
Arrêt ATS le :	

<u>Contre-indications absolues</u> : absence de grossesse <input type="checkbox"/> et d'allaitement en cours <input type="checkbox"/>	
<u>Contraception</u> : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> si non : test de grossesse préalable :	
<u>Patient</u> : Valide <input type="checkbox"/>	Incontinent <input type="checkbox"/>
Réside à domicile <input type="checkbox"/>	
Réside en institution <input type="checkbox"/>	Adresse de l'institution :

Demande le : SIGNATURE ENDOCRINOLOGUE	<div style="border: 2px solid black; padding: 10px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> Tampon médecin demandeur </div>
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) ^(*) <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