

DEMANDE DE VOLEMIE

Date de la demande :

Examen demandé :

- Volume globulaire total
 Volume globulaire total + Volume plasmatique

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PATIENT

Nom de naissance : Prénom de naissance :

Nom usuel :

Date de naissance : / / Sexe : H F

Adresse :

N° tél (obligatoire) : / / / /

Poids (obligatoire) :kg Taille :cm

Allaitement en cours Risque de Grossesse Procédure de PMA en cours



Etiquette

A privilégier
pour identito-vigilance

En cas d'**allaitement** ou de risque de **grossesse**, prendre contact préalablement avec un médecin de l'unité de médecine nucléaire.

INDICATION DE L'EXAMEN - RESUME CLINIQUE

Médecin demandeur : Dr.....

Tél : / / / /

Adresse / Service / Structure :

Signature :

Avis hématologie : Oui Non

Date du dernier prélèvement :

- Taux d'hémoglobine :

- Hématocrite :

Statut JAK 2 (renseignement obligatoire) : Positif Négatif

Dosage EPO réalisé : Oui, valeur : Non

Antécédents, traitements, examens et actes antérieurs (pertinents dans la demande), date dernières saignées :

Merci de retourner cette demande accompagnée de l'ensemble des renseignements soit :

-par fax au : 04 73 27 80 78

-par mail sécurisé : secretariat.medecine-nucleaire@cjp.mssante.fr

-par courrier postal : Centre Jean PERRIN – Service de Médecine Nucléaire
58 rue Montalembert – 63011 CLERMONT-FERRAND Cedex 1

-par le formulaire en ligne : <https://www.cjp.fr/professionnel-de-sante/demander-un-examen-de-medecine-nucleaire>