

DEMANDE D'EXPLORATION THYROÏDIENNE / PARATHYROÏDIENNE

TYPE d'EXPLORATION :

- ☐ ECHOGRAPHIE THYROÏDIENNE
☐ SCINTIGRAPHIE THYROÏDIENNE
☐ CYTOPONCTION THYROÏDIENNE
☐ AUTRE :
☐ ECHOGRAPHIE PARATHYROÏDIENNE
☐ SCINTIGRAPHIE PARATHYROÏDIENNE
☐ TRAITEMENT par IODE 131 (hyperthyroïdie)

PATIENT

Nom de naissance : Prénom : de naissance :

Nom usuel :

Date de naissance :/...../.....

Sexe : M ☐ F ☐

Adresse :

N° tél. fixe :/...../..... N° tél. portable :/...../...../...../.....

Poids :kgs

Taille :cm

☐ Allaitement en cours

☐ Risque de Grossesse

☐ Procédure de PMA en cours

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

ETIQUETTE
PATIENT



INDICATION(S) DE L'EXAMEN

Médecin demandeur : Dr

N° tél :/...../...../...../.....

Adresse / Service / Structure :

☐ bilan d'hyperthyroïdie

☐ bilan d'hypothyroïdie

☐ suivi de nodules

☐ suivi de cancer

☐ bilan d'hyperparathyroïdie

☐ autre :

TSH de moins de 2 mois :mUI/L (souhaitable en l'absence de traitement à visée thyroïdienne)

Echographie antérieure :

☐ NON

☐ OUI

date :

Traitement à visée thyroïdienne (ou para) : ☐ NON

☐ OUI

Si oui lesquels :

Injection d'iode récente (moins de 6 semaines) ou prise de cordarone : ☐ NON ☐ OUI

Levothyrox/L-Thyroxine ☐ NON ☐ OUI

☐ Mimpara ☐ NON ☐ OUI

Antécédents, examens et actes antérieurs (pertinents dans la demande) :

Histoire actuelle, motivation de la demande :

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>