

DEMANDE D'EXPLORATION THYROÏDIENNE / PARATHYROÏDIENNE

TYPE d'EXPLORATION :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ECHOGRAPHIE THYROÏDIENNE | <input type="checkbox"/> ECHOGRAPHIE PARATHYROÏDIENNE |
| <input type="checkbox"/> SCINTIGRAPHIE THYROÏDIENNE | <input type="checkbox"/> SCINTIGRAPHIE PARATHYROÏDIENNE |
| <input type="checkbox"/> CYTOPONCTION THYROÏDIENNE | <input type="checkbox"/> TRAITEMENT par IODE 131 (hyperthyroïdie) |
| <input type="checkbox"/> AUTRE : | |

PATIENT

Nom : Prénom :

Nom de naissance :

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

à privilégier,
identito-vigilance



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