

Les rendez-vous sont à prendre auprès du secrétariat du CIN du Puy en Velay au 04.71.04.35.88.
Merci de remplir ensuite cet imprimé et de le transmettre au secrétariat du CIN du Puy en Velay
(fax : 04.71.04.35.89 ou mail : cinlp@cinse.com).


PATIENT		
Nom :	Prénom :	DN :/...../.....
Adresse :		
Téléphone :		
Adresse mail :		
Poids :	Taille :	Sexe :
Diabète :	NON <input type="checkbox"/>	DNID <input type="checkbox"/> DID <input type="checkbox"/>
Terrain allergique :	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> Préciser :

MEDECIN DEMANDEUR:

ACTES DEJA EFFECTUES :		
Biopsie chirurgicale ou intervention :		date : / /
NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> Préciser :	
Radiothérapie :		date : / /
NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> Préciser :	

L'examen se déroulera au CENTRE D'IMAGERIE NUCLEAIRE CENTRE HOSPITALIER EMILE ROUX – 10 BD DR CHANTEMESSE – 43012 LE PUY EN VELAY CEDEX	
Le patient doit être à jeun depuis 6 heures (pas de glucose parentéral), y compris en cas de DNID (bien prendre le traitement habituel, avec un verre d'eau). En cas de DID : insuline + déjeuner léger. Le patient doit pouvoir rester en décubitus strict pendant 15 minutes. Durée totale de l'examen : 1h30 à 2h. Apporter les examens d'imagerie déjà pratiqués (scanner, IRM, échographie).	

Diagnostic de malignité <input type="checkbox"/> Bilan d'extension <input type="checkbox"/> Récidive <input type="checkbox"/> Evaluation thérapeutique <input type="checkbox"/>	RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :
<u>Réservé CIN</u> 4D-TEP <input type="checkbox"/>	
TAP <input type="checkbox"/> TAP-ORL <input type="checkbox"/>	
MS <input type="checkbox"/> MI <input type="checkbox"/> TABLE RTE <input type="checkbox"/>	
LASILIX <input type="checkbox"/> INJECTION <input type="checkbox"/>	

	En cas d'allaitement ou risque de grossesse, prendre contact préalablement avec un médecin du CIN
---	---