

Les rendez-vous sont à prendre auprès du secrétariat du CIN de Roanne au 04.77.44.44.77.
Merci de remplir ensuite cet imprimé et de le transmettre au secrétariat du CIN de Roanne
(fax : 04.77.44.44.79 ou mail : cinro@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 CLINIQUE DU RENAISON, 75 RUE GENERAL GIRAUD 42300 ROANNE	
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 :
<i>Réservé CIN</i> 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
---	---