

Les rendez-vous sont à prendre auprès du secrétariat du CIN de St Etienne au 04.77.33.05.88.
Merci de remplir ensuite cet imprimé et de le transmettre au secrétariat du CIN de St Etienne
(fax : 04.77.25.09.28 ou mail : cinse@cinse.com).

| | | |
|------------------------------------|------------------------------|---|
| PATIENT | | |
| Nom : | Prénom : | DN :/...../..... |
| Adresse : | | |
| Téléphone (portable si possible) : | | |
| Adresse mail : | | |
| Poids : | Taille : | |
| 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 : | |

| |
|--|
| <p>L'examen se déroulera au CENTRE D'IMAGERIE NUCLEAIRE HPL – BATIMENT RUBIDIUM – 41 BD DE LA PALLE 42100 ST ETIENNE</p> <p>Le patient NE DOIT PAS ETRE A JEUN, ET DOIT BOIRE ½ litre d'eau dans les 2h qui précèdent, sans garder la vessie pleine. Le patient doit pouvoir rester en décubitus strict pendant 15 minutes. Durée totale de l'examen : 1h30 à 3h. Apporter les examens d'imagerie déjà pratiqués (scanner, IRM, échographie).</p> |
|--|

| | | | | | | | | | |
|--|--|--------------------------|-------------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| <table> <tr> <td>Evaluation avant RIV</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Bilan d'extension</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Récidive biologique</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Evaluation thérapeutique</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> | Evaluation avant RIV | <input type="checkbox"/> | Bilan d'extension | <input type="checkbox"/> | Récidive biologique | <input type="checkbox"/> | Evaluation thérapeutique | <input type="checkbox"/> | <p>RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :</p> |
| Evaluation avant RIV | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | |
| Bilan d'extension | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | |
| Récidive biologique | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | |
| Evaluation thérapeutique | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | |
| <p><u>Réservé CIN</u></p> | | | | | | | | | |
| <p>VALIDATION <input type="checkbox"/></p> | <p>Score Gleason : Taux de PSA :</p> | | | | | | | | |