

Médecine Nucléaire

Hôpital de Brabois

Secrétariat : 03 83 15 71 72

# CENTRE HOSPITALIER REGIONAL UNIVERSITAIRE DE NANCY

Service de Médecine Nucléaire

**FORMULAIRE DE DEMANDE DE RTIV**

**Radiothérapie Interne Vectorisée**

A adresser de préférence par email à : secretariat.rtiv@chru-nancy.fr

MERCI DE JOINDRE LE DERNIER COMPTE-RENDU DE CONSULTATION ou D’hospitalisation A CETTE DEMANDE

|  |
| --- |
| **Date de demande** : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.  **Patient,** **Nom: Prénom :**  **ETIQUETTE**  (facultatif)  **Date de naissance** : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.  Adresse :  Téléphone : Email :  Poids (kg) : Taille (cm) :  Pour l’examen, le patient sera :  en externe  hospitalisé, et préciser alors dans quel service : |
| **Médecin SENIOR demandeur.** Nom: Prénom :  Service ou lieu d’exercice : E-mail : Téléphone : |
| **177Lu-PSMA-617 (PLUVICTO®)** |
| **177Lu-DOTATATE (LUTATHERA®)** |
| **223Ra (XOFIGO®)** |
| **Radioembolisation hépatique** |
| **131Iode (Irathérapie)** |
| **Protocole de recherche (225Ac…)** |
| **Autre** |
| **RESUME HISTOIRE DE LA MALADIE ET TRAITEMENTS ANTERIEURS :** |
| **Performance status OMS :** |
| **Date de la RCP validant le traitement :** |
| **DOCUMENTS à joindre à cette demande :**   * Dernière consultation d’oncologie * Bilan biologique récent * Dernier compte-rendu d’imagerie (scanner et/ou IRM) * Compte rendu de la dernière réunion de concertation pluridisciplinaire validant la RTIV |