

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
 |