Dr FONTAINE. S
Unité Endocrinologie - Diabétologie
Clinique Rive Gauche

Médecin demandeur :

Demande d'évaluation dystrophies thyroïdiennes et cancers

Nom : **Prénom :** **Date de naissance :**
Téléphone :

Type d'examen demandé :

☐ Echographie cervicale antérieure simple (sans cytoponction systématique)

☐ Echographie et bilan avant thermo-ablation par RF

☐ Cytoponction sous échographie de nodule thyroïdien

☐ Consultation d'annonce carcinome thyroïdien

☐ Echographie cervicale antérieure pour suivi de cancer de la thyroïde avec schéma de Robbins et cytoponction de toute lésion suspecte + dosage de la thyroglobuline dans le liquide de rinçage

☐ Marquage de ganglion pathologique avant reprise chirurgicale

☐ Microbiopsie sous anesthésie local ☐ Alcoolisation de kyste

Informations préalables :

Diagnostic établi :
☐ Nodule thyroïdien - Coté : - Taille : - TIRADS :

☐ Carcinome papillaire/vésiculaire/medullaire

☐ Chirurgie réalisée le …… : Lobo-isthmectomie/Thyroïdectomie totale

☐ Curages réalisés :

☐ **RDV urgent** ☐ **dans la semaine**
☐ **dans le mois**

☐ **RDV non urgent**

Demande à faxer au : **05 61 77 36 91**