



SERVICE DE CHAMPIGNY-SUR-MARNE

Demande à envoyer par mail : champigny@cmn-idf.fr ou fax : 01.45.16.36.16

INFORMATIONS PRESCRIPTEUR	INFORMATIONS PATIENT
Nom : _____	Nom : _____
Téléphone : _____	Prénom : _____
Fax : _____	Date de naissance : _____
Mail : _____	Taille/Poids : _____
Date de la demande : _____	Adresse : _____
Date de RDV souhaitée : _____	Téléphone : _____
() Urgent	Mail : _____
() Dans les 15 jours	Contraception efficace : Non () Oui ()
() Avant le : _____	Diabète : Non () Oui () traité par : _____
Cachet : _____	Hospitalisé : Non () Oui ()
	Service/Téléphone : _____
	Isolement : Non () Oui () type : _____

INFORMATIONS SUR LA PATHOLOGIE

Caractérisation () Bilan d'extension () Evaluation thérapeutique () Récidive () Autre ()

Indication : _____

Date de la chirurgie tumorale : _____

Date de la dernière séance de radiothérapie : _____

Date de la dernière cure de chimiothérapie : _____

Autres traitements : _____

ENVOI DES DONNÉES DICOM

Ortif - Acetiam Nexus : Non () Oui () destinataire : _____

Après validation de la demande, le patient sera contacté par le service afin de convenir d'un RDV