



SERVICE DE JOSSIGNY

Demande à envoyer par mail : jossigny@cmn-idf.fr ou fax : 01.61.10.72.67

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