



**GROUPEMENT HOSPITALIER SUD**

**Centre Hospitalier Lyon Sud**

165, Chemin du Grand Revoyet

69495 Pierre-Bénite cedex – France

N° FINESS : 690784137 | N° FINESS HCL 690781810

@source HCL-easily

IPP 10768824



**PÔLE DE SPECIALITES MEDICALES**

Pr O. CHAPET – Mme B. GROS

**ENDOCRINOLOGIE-DIABETE-NUTRITION**

Pavillon Médical

**Pr E. DISSE**

Chef de Service

**Dr J. VOUILLARMET**

Chef de Service Adjoint

Professeurs d'Université-PH :

**Pr M. LAVILLE**

**Pr Ch. SIMON**

**Pr Ch. THIVOLET**

Praticiens Hospitaliers :

**Dr C. CAUSSY (PHU)**

**Dr Ch. CUGNET-ANCEAU**

**Dr S. REFFET**

Assistants-Chefs de Clinique :

**Dr M. BUCHY**

**Dr A. JEHL**

Praticiens Attachés :

**Dr V. BENATRE**

**Dr M. CLARET**

**Dr G. JONCOUR MILLS**

**Dr B. MESTRE**

**Dr P. MICHON**

**Dr C. POMMET NICOT**

**Dr F. ROBERT**

Consultations

Cadre : **Mme C. BOLLECKER**

Secrétariat : 04.78.86.14.89

Fax : 04.78.86.65.93

ls.endocrino-cs@chu-lyon.fr

Hospitalisation de Jour

Cadre : **Mme B. LOPEZ**

Secrétariat : 04.78.86.14.84

Fax : 04.72.67.88.70

ls.endocrino-hj@chu-lyon.fr

Hospitalisation EDN UA et UB

Cadre : **Mme G. FRIBOURG**

Infirmière Référente des Soins :

**Mme P. CAROUGE**

Secrétariat : 04.78.86.14.87

Fax UA et UB : 04.72.67.88.64

ls.endocrino-sem@chu-lyon.fr

Centre expert pied diabétique :

04.78.86.12.75

Astreinte pompe à insuline :

04.78.86.45.85

Centre Intégré Obésité (COSILY)

ci.obesite@chu-lyon.fr

Centre de compétence FIRENDO

Pathologies rares de l'insulino-sécrétion et de l'insulino-sensibilité (PRISIS)

**Demande de prise en charge**

**pour un diagnostic en 1 jour d'un nodule thyroïdien**

Cette demande doit être remplie **par le médecin** (généraliste ou spécialiste) afin de d'orienter au mieux la prise en charge. Elle doit nous être adressée par voie postale, par fax (0472678870) ou par mail ([ls.endocrino-hj@chu-lyon.fr](mailto:ls.endocrino-hj@chu-lyon.fr))

**Coordonnées** : -----

NOM :

PRENOM :

Date de Naissance :

Adresse :

Téléphone :

Mail :

**Demande**-----

• S'agit-il d'une demande de prise en charge initiale ?  OUI  NON

• Le résultat de la TSH est disponible  OUI  NON

• Résultats TSH :  mUI/L 0,5 -4 mUI/l)

• Une échographie thyroïdienne a été réalisée récemment ?  OUI  NON

• Si Oui, retrouve-t-on au moins :

un Nodule thyroïdien > 2 cm

un Nodule thyroïdien hypoéchogène > 1.5 cm

un Nodule thyroïdien TIRADS 4b ou 5 >1cm

une Adénopathie

• Le patient est – il symptomatique ?  OUI  NON

○ Si Oui, quels sont les symptômes ?

-----

-----

**Informations complémentaires :**

-----

-----

-----

**Pathologies présentes :**

-----

-----

**Traitement en cours (antiagrégant plaquettaire, AVK, AOD) :**

-----

Demande établie par :

en date du :

Signature / cachet du Médecin :