



Formulaire d'information au patient pour la radiothérapie métabolique à l'Iode 131 de la SSMN/SGNM

Patient	Dose thérapeutique
Nom:	Date:
Prénom:	Activité [MBq]:
Date de naissance:	Isotope: I-131
A remplir par le personnel qualifié	
Entrée:	Sortie:
Débit dose à la sortie à 1m de distance [μ Sv/h]:	

Madame, Monsieur

Vous allez bénéficier d'un traitement à l'Iode radioactif pour votre affection thyroïdienne. Les détails techniques sont mentionnées dans le tableau ci-dessus.

Après la thérapie nous vous prions d'observer les mesures suivantes dans le but de maintenir l'exposition aux radiations de votre famille et des tierces personnes la plus faible possible et ces mesures concernent aussi bien les patients hospitalisés que les patients traités en ambulatoire. Les mesures de protection doivent être respectées pendant **3-5 jours** après le traitement ou la sortie de l'hôpital.

- Evitez le contact prolongé avec des femmes enceintes, nourrissons et petits enfants ;
- Dormez dans une chambre séparée et lavez séparément votre linge et vos draps ;
- Après chaque passage aux toilettes lavez soigneusement vos mains.

En respectant scrupuleusement ces règles simples, votre famille ou des tierces personnes ne courent aucun risque.

Après 3-5 jours il n'est plus nécessaire de prendre des précautions particulières.

Important :

Durant cette période emportez ce document lorsque vous quittez votre domicile. Ces informations pourraient être utiles à d'autres personnes (par ex.: votre médecin traitant, personnel du Service d'Urgence, Service des douanes).

Pour d'éventuelles questions ou d'informations complémentaires nous vous prions de vous adresser au personnel qualifié du Service de Médecine Nucléaire.

Timbre

Date:

Signature: