

**FDG**
 **CHOLINE**
 **DOPA**
 **FNA**

## INFORMATIONS PATIENT

Sexe\*:    

Nom\* :

Prénom\* :

Date de naissance\* :        /        /

Téléphone\* :

Adresse :

Poids\* :

Taille :

Allergie PDC\*  Oui  Non

Insuffisance Rénale\*  Oui  Non

DFG < 3 mois :

Mobilité\* :  Valide  Fauteuil  Brancard

Origine\* :  Externe  Hospitalisé

Diabétique :  Insuline  Metformine ou ADO

## MÉDECIN PRESCRIPTEUR

Nom du médecin référent\* :

Téléphone\* :

Service et UF :

Fax :

## MOTIF DE LA DEMANDE

### Oncologie :

- Recherche primitif  Caractérisation d'une lésion  
 Bilan d'extension  Suivi thérapeutique  Récidive

➔ **PRIMITIF** : .....

### Recherche d'inflammation

### Recherche d'infection

### Bilan de la fonction cérébrale

### Autre

## TRAITEMENTS ANTÉRIEURS

Chirurgie : date et nature .....

Chimiothérapie : dernière cure ...../...../..... ; prochaine cure ...../...../.....

Radiothérapie : dernière séance ...../...../.....

Corticothérapie :  Oui  Non

## QUESTIONS SPÉCIFIQUES POSÉES

Date limite souhaitée :

U < 48h     < 15 jours     > 15 jours

RDV avant le : .....

## CADRE RÉSERVÉ AU SERVICE DE TEP

V.11.22

**PDC iodé**

**Régime hypo**

**Lasilix**

**Table RadioT**

**Cerveau**

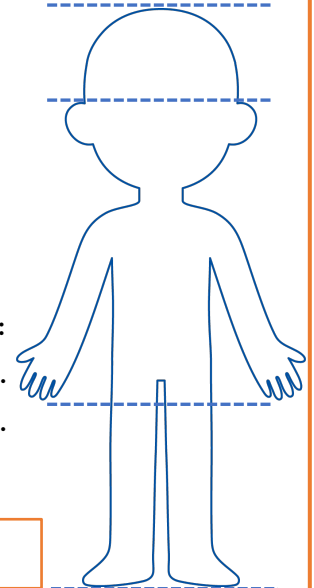
**ORL**

**Dynamique sur :**

.....

.....

RDV semaine : **S**



## RENDEZ VOUS FIXÉ LE :