

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/Email :

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

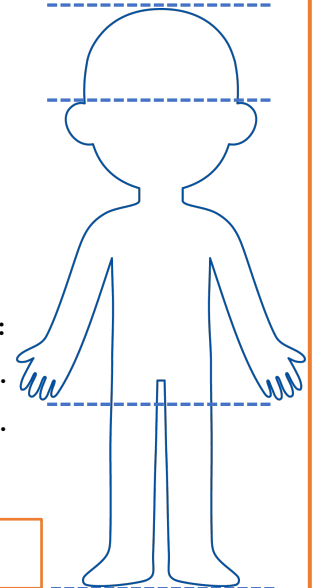
V.11.22

- PDC iodé**
 Régime hypo
 Lasilix
 Table RadioT

- Cerveau**
 ORL
 Dynamique sur :

.....

RDV semaine : **S**



RENDEZ VOUS FIXÉ LE :