

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

**INFORMATIONS PATIENT**

Sexe\*:  H     F      Mobilité\*:  Valide    Fauteuil    Brancard  
 Nom\*: .....      Origine\*:  Externe    Hospitalisé  
 Prénom\*: .....      Poids\*: .....kg    Taille: ..... cm  
 Date de naissance\*: .....      Risque de grossesse:  Oui    Non  
 Téléphone\*: .....      Allergie PDC\*:  Oui    Non  
 Mail: .....      Insuffisance Rénale\*:  Oui    Non  
 Adresse: .....      DFG < 3 mois: .....  
 .....      Diabétique:  Insuline    Metformine ou ADO

**MÉDECIN DEMANDEUR**

\* Médecin Référent: .....      Téléphone\*: .....  
 Médecin Demandeur: .....      Fax/Email: .....  
 Adresse ou Service et UF: .....

**MOTIF DE LA DEMANDE**

**Oncologie:**       **Recherche d'inflammation**  
 Recherche primitif    Caractérisation d'une lésion       **Recherche d'infection**  
 Bilan d'extension    Suivi thérapeutique    Récidive       **Bilan de la fonction cérébrale**  
 **Autre**  
 ➔ **PRIMITIF:** .....

**TRAITEMENTS ANTÉRIEURS**

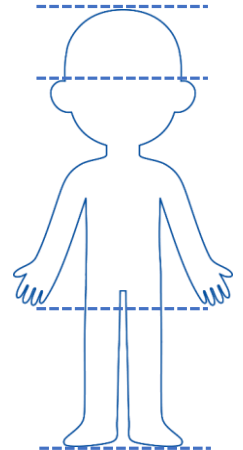
Chirurgie: date et nature .....  
 Chimiothérapie: dernière cure ..... ; prochaine cure .....  
 Radiothérapie: dernière séance .....  
 Corticothérapie:  Oui    Non

**QUESTIONS SPÉCIFIQUES POSÉES**

**Date limite souhaitée:**  
 U < 48h     RDV avant le: .....

**CADRE RÉSERVÉ AU SERVICE DE TEP**

- PDC iodé
- Régime hypo
- Lasilix
- Table RadioT
- Cerveau
- ORL
- Dynamique sur:



RDV semaine: **S**

**RENDEZ VOUS FIXÉ LE:** .....