

**FDG**
 **FNA**
 **PSMA**
 **CHOLINE**
 **DOPA**
 **NEURO-TEP**

## INFORMATIONS PATIENT

Sexe\*:    

Nom\* :

Prénom\* :

Date de naissance\* : / /

Téléphone\* :

Adresse :

Poids\* : Taille :

Allergie PDC\*  Oui  Non

Insuffisance Rénale\*  Oui  Non

DFG < 3 mois :

Diabétique :  Insuline  Metformine ou ADO

Mobilité\* :  Valide  Fauteuil  Brancard

Origine\* :  Externe  Hospitalisé

## 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**

**Exploration orthopédique**

**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.02.26

**PDC iodé**

**Régime hypo**

**Lasilix**

**Table RadioT**

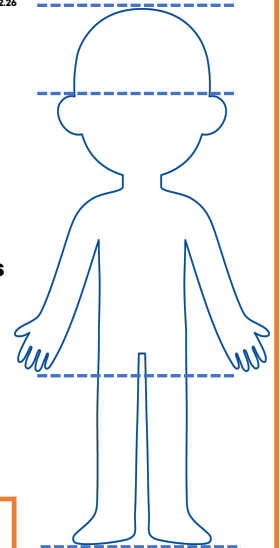
**Inspiration bloquée**

**Bras le long du corps**

**Cerveau**

**ORL**

**Dynamique sur :**



RDV semaine : **S**

**RENDEZ VOUS FIXÉ LE :**