

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

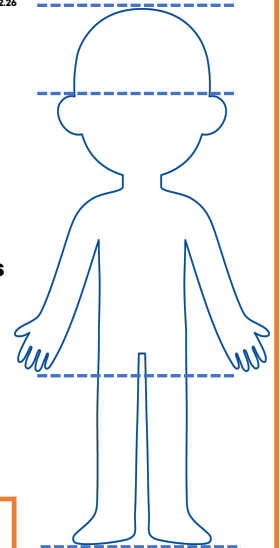
Inspiration bloquée

Bras le long du corps

Cerveau

ORL

Dynamique sur :



RDV semaine : **S**

RENDEZ VOUS FIXÉ LE :