

☐ **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**

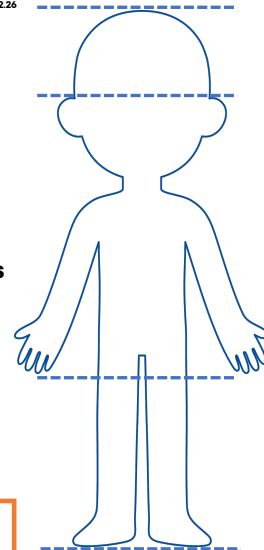
☐ **Bras le long du corps**

☐ **Cerveau**

☐ **ORL**

☐ **Dynamique sur :**

RDV semaine : **S**



RENDEZ VOUS FIXÉ LE :