

Demande d'examen TEP

NOM DU PATIENT :

Né (e) le :

Prénom

Sexe : H / F

Poids :

Tél. :

Taille :

Délai de rendez-vous souhaité :

Hospitalisé (e) le jour de l'examen : oui non

Dans quel service et Etablissement :

Pour les femmes de 13 à 55 ans :

Date des Dernières Règles :

Moyen de contraception :

Allaitement : oui non

Ménopause : oui non

Hystérectomie : oui non

INDICATION de la TEP-TDM : ¹⁸F¹⁸FDG / ¹⁸F-choline / ¹⁸F-dopa (entouré l'examen souhaité) :

Diagnostic de malignité

Bilan d'extension

Recherche de primitif

Bilan de surveillance

Suspicion de récurrence

TEP-dosi (pré-radiothérapie)

Recherche de foyer infectieux

Recherche de vascularite

Recherche de maladie inflammatoire

AUTRES PATHOLOGIES :

Diabète : oui non

Antidiabétiques oraux Insuline

Pathologie inflammatoire ou infectieuse :

Séropositivité VIH ou hépatites :

oui non

Autres :

ANTECEDENTS THERAPEUTIQUES

Chirurgie / biopsie : non oui date et type :

Chimiothérapie : non oui date de la dernière cure :

Radiothérapie : non oui

Corticothérapie : non oui

MEDECIN PRESCRIPTEUR :

Docteur

Date :

Signature :

Tél. :

Fax :