



DEMANDE D'EXAMEN TEP SCAN

NOM du patient :

Prénom :

Tél :

Né(e) le :

Sexe : H/F

Poids :

Taille :

Délai de RDV souhaité : ☐ Urgent ☐ Dès que possible ou date programmée :

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

Dans quel service et établissement :

Pour les femmes de 13 à 55 ans :

Dates des dernières règles :

Moyen de contraception :

Allaitement : oui ☐ non ☐

Ménopause : oui ☐ non ☐

Hystérectomie : oui ☐ non ☐

Type examen : ☐ ¹⁸F¹⁸FDG ☐ ¹⁸F-dopa ☐ ¹⁸F-choline ☐ PSMA

Dernier taux PSA :

Dernier taux PSA :

Indications, renseignements cliniques :

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 ☐

Rappels : jeûne de 6h avant examen, pas de perfusion de glucose, pas d'insuline 6h avant, arrêt alimentation entérale et parentérale 6h avant

AUTRES PATHOLOGIES :

Diabète : Oui ☐ Non ☐

Antidiabétiques : Oraux ☐

Insuline ☐

Pathologie inflammatoire ou infectieuse :

Séropositivité VIH ou hépatites : Oui ☐ Non ☐

Dialyse, jours :

Autres :

ANTECEDENTS THERAPEUTIQUES

Chirurgie / biopsie : Oui ☐ Non ☐

Date et type :

Chimiothérapie : Oui ☐ Non ☐

Dernier traitement le :

Prochain le :

Radiothérapie : Oui ☐ Non ☐

Immunothérapie : Oui ☐ Non ☐

Dernier traitement le :

Corticothérapie : Oui ☐ Non ☐

Dernier traitement le :

Hormonothérapie : Oui ☐ Non ☐

Dernier traitement le :

Facteur de croissance : Oui ☐ Non ☐

Dernier traitement le :

MEDECIN PRESCRIPTEUR :

Nom du docteur :

Date :

Signature :

Tél :