

DEMANDE D'EXAMEN TEP/PETSCAN

COORDONNEES DU PATIENT :

Nom :

Prénom :

DDN :

Adresse :

Tel :

DATE DE LA DEMANDE :

DELAI d'examen souhaité :

Le plus tôt possible

à distance (préciser) :

Médecin Demandeur

Tel :

Fax :

PATIENT :

Externe

Hospitalisé

Nom et tel de l'unité

Mobilité du patient :

Valide Fauteuil Lit – brancard

Assistance spécifique : Oxygène Isolement

INDICATION :

FDG

Autre :

FCholine (cancer de prostate)

FDOPA (tumeur neuroendocrine)

Oncologie

Histologie :

Broncho-Pulmonaire

Lymphome

Lymphome de Hodgkin

ORL

Œsophage

Colo-rectal

Sein

Autre :

Maladie Inflammatoire ou infectieuse

(bilan diagnostique ou évaluation thérapeutique)

Autre (préciser) :

But :

Diagnostic de malignité

Bilan d'extension

évaluation maladie résiduelle

Recherche de récurrence

Réponse au traitement

POIDS +++ (200 Kg max) :

Diabète : oui non

Si oui préciser :

Metformine ou analogue

Autres antidiabétiques oraux :

Insuline

Contre-indication injection d'iode :

- antécédent d'allergie au produit de contraste : oui non

- insuffisance rénale : oui non

si oui préciser :

Grossesse en cours : oui non

Contraception : oui non

Merci de joindre à la demande une copie du dernier courrier de consultation/compte rendu d'hospitalisation, compte-rendu des derniers examens d'imagerie, résultats histologiques éventuels :

Clinique / Question posée :

Date de la dernière chirurgie (de préférence 3 mois après) :

Date de la dernière radiothérapie (de préférence 3 mois après) :

Date de la dernière chimiothérapie (de préférence 1 mois après ou la veille de la prochaine cure) :

Informations, plans d'accès, et résultats en ligne disponibles sur notre site web

www.scintigraphie-loire.fr