

DEMANDE D'EXAMEN TEP/PETSCAN

COORDONNEES DU PATIENT : Nom : Prénom : DDN : Adresse : Tel :	DATE DE LA DEMANDE : __ / __ / 20 __ DELAI d'examen souhaité : <input type="checkbox"/> Le plus tôt possible <input type="checkbox"/> A distance (préciser) : Médecin traitant : Médecin demandeur : Tel : Fax :
INDICATION : <input type="checkbox"/> FDG <input type="checkbox"/> FCholine (cancer de prostate) _____ <input type="checkbox"/> Oncologie Histologie : But : <input type="checkbox"/> Broncho-Pulmonaire <input type="checkbox"/> Diagnostic de malignité <input type="checkbox"/> Lymphome <input type="checkbox"/> Bilan d'extension <input type="checkbox"/> Lymphome de Hodgkin <input type="checkbox"/> Evaluation maladie résiduelle <input type="checkbox"/> ORL <input type="checkbox"/> Recherche de récurrence <input type="checkbox"/> Œsophage <input type="checkbox"/> Réponse au traitement <input type="checkbox"/> Colo-rectal <input type="checkbox"/> Sein <input type="checkbox"/> Autre : <input type="checkbox"/> Cardiaque (sarcoïdose, endocardite...) <input type="checkbox"/> Maladie inflammatoire ou infectieuse (Bilan diagnostique ou évaluation thérapeutique) <input type="checkbox"/> Recherche de démence <input type="checkbox"/> Autre (préciser) :	PATIENT : <input type="checkbox"/> Externe <input type="checkbox"/> Hospitalisé Nom et tel de l'unité Mobilité du patient : <input type="checkbox"/> Valide <input type="checkbox"/> Fauteuil <input type="checkbox"/> Lit – brancard Assistance spécifique : <input type="checkbox"/> Oxygène <input type="checkbox"/> Isolement POIDS +++ (200 Kg max) : TAILLE : Diabète : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, préciser : <input type="checkbox"/> Metformine ou analogue <input type="checkbox"/> Autres antidiabétiques oraux : <input type="checkbox"/> Insuline Contre-indications injection d'iode : - antécédent d'allergie au produit de contraste : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non - HTA : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non - insuffisance rénale : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui préciser : Grossesse en cours : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Contraception : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<p><u>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 :</u></p>	
<p><u>Clinique / Question posée :</u></p> 	
<p>Date de la dernière chirurgie (de préférence 3 mois après) :</p> <p>Date de la dernière radiothérapie (de préférence 3 mois après) :</p> <p>Date de la dernière chimiothérapie (de préférence 1 mois après ou la veille de la prochaine cure) :</p> <p>Nom et signature du demandeur :</p>	