



A renvoyer au Service de Médecine Nucléaire de la Polyclinique du Maine à LAVAL :

Mail : ciim53@interop-mssante.apicrypt.org / Fax : 0243663640 / Tel : 0243663637

DEMANDE D'EXAMEN TEP/PETSCAN

CORDONNEES DU PATIENT :

Nom :

Prénom :

DDN :

Adresse :

.....

Tel :

DATE DE LA DEMANDE : __ / __ / 20 __

DELAI d'examen souhaité :

URGENT

Le plus tôt possible

A distance (préciser) :

Médecin traitant :

Médecin demandeur :

Tel : Fax :

INDICATION :

FDG

FCholine (parathyroïdes)

PSMA (cancer de prostate)

FDOPA (syndromes parkinsoniens)

Oncologie

Histologie :

Broncho-Pulmonaire

Lymphome

Lymphome de Hodgkin

ORL

Œsophage

Colo-rectal

Sein

Autre :

Cardiaque (sarcoïdose, endocardite...)

Maladie inflammatoire ou infectieuse

(Bilan diagnostique ou évaluation thérapeutique)

Recherche de démence

Autre (préciser) :

But :

Diagnostic de malignité

Bilan d'extension

Evaluation maladie résiduelle

Recherche de récurrence

Réponse au traitement

PATIENT :

Externe

Hospitalisé

Nom et tel de l'unité

Mobilité du patient :

Valide Fauteuil Lit – brancard

Assistance spécifique : Oxygène Isolement

POIDS +++ (200 Kg max) : TAILLE :

Diabète : Oui Non

Si oui, préciser :

Metformine ou analogue

Autres antidiabétiques oraux :

Insuline

Contre-indications injection d'iode :

- antécédent d'allergie au produit de contraste : Oui Non

- HTA : Oui Non

- insuffisance rénale : Oui Non

Si oui préciser :

Grossesse en cours : Oui Non

Contraception : Oui Non

Chimiothérapie (dernière cure <1MOIS) : 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) :

Nom et signature du demandeur :