

FORMULAIRE DE DEMANDE D'EXAMEN TEP-TDM - A FAXER AU 04 67 33 69 22

Identité PATIENT Date de la demande

COLLER IMPERATIVEMENT
UNE ETIQUETTE

SERVICE DEMANDEUR :

Nom du médecin prescripteur :

Code UF

Poste Fax.....

Patient Hospitalisé actuellement OUI NON

N° de tél patient (à renseigner obligatoirement) Tél personnel

Tél Portable ou professionnel.....

DEMANDE D'EXAMEN	INDICATION	INTERET DE LA TEP (cocher la ou les mentions)
<input type="checkbox"/> Conforme AMM	Oncologie <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Recherche primitif <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Décision de RCP	Primitif	<input type="checkbox"/> Diagnostic de malignité <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Recherche	Radionécrose <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Stadification <input type="checkbox"/>
	Localisation	<input type="checkbox"/> Surveillance de l'efficacité du traitement <input type="checkbox"/>
TRACEUR		<input type="checkbox"/> Bilan en fin de traitement <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> F-DG	Démences/Neuro <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Recherche de récurrence <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> F-Choline	Inflammation <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Elévation isolée du marqueur <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> F-DOPA	Infection <input type="checkbox"/>	Lequel ?
<input type="checkbox"/> amyloïde	Autre	<input type="checkbox"/> Bilan pré-opératoire d'une récurrence connue <input type="checkbox"/>

TEP déjà réalisée : oui Non Si oui, date et lieu :

Informations cliniques :

TRAITEMENTS ANTERIEURS

Chirurgie tumorale → nature et date

Chimiothérapie/Immunothérapie → nature et date dernière cure

Radiothérapie → date dernière séance

Stratégie thérapeutique envisagée après TEP: Chirurgie Radiothérapie Surveillance

► POIDS : Taille :

► Diabète ? OUI NON

► Grossesse OUI NON

► Pathologie infectieuse ? - Préciser

► Chirurgie non oncologique ? (localisation et date)

Glycémie à jeun :
 Allaitement OUI NON

Date ou délai du rendez-vous souhaité :

RDV FIXE LE à H (Heure d'arrivée du patient dans le service)

Rappel: Prévoir impérativement un bon AREM si le patient est hospitalisé le jour de l'examen TEP-TDM.