

FORMULAIRE DE DEMANDE DE TEP-TDM

A FAXER AU 0467336922 ou par mail : medecinenucleairechauliac@chu-montpellier.fr

➔ : à remplir impérativement SVP

Cadre réservé au service

Le patient :

Le prescripteur :

➔ *Etiquette obligatoire pour les demandes internes au CHU*

➔ Téléphone :

➔ Adresse email :

➔ Poids :

Taille :

Diabète Grossesse Précaution d'hygiène :

Si prescripteur externe :

Nom :

Prénom :

DDN :

Notez que le service ne délivre pas de bon de transport

➔ Date de la demande :

➔ Service demandeur :

➔ Nom du prescripteur :

➔ Téléphone du service :

☎ *pour communiquer les consignes spécifiques*

➔ Téléphone du prescripteur :

☎ 📞 **INDIVIDUEL !** *pour urgence ou information médicale*

➔ Code UF :

➔ Patient actuellement hospitalisé : oui non

Patient hospitalisé pour l'examen : oui non

➔ Type de traceur :

FDG Choline Dopa Analogue somatostatine (DOTATOC) Amyloïde Autre :

FDG : Patient à jeun de solide et liquide sucré depuis 6 heures. Seule l'eau plate est autorisée. Pas de G5% en garde veine ou de nutrition entérale ou parentérale. Pas de reconstitution de traitement injectable avec du G5%. Attention aux excipients glucosés dans les traitements. En fonction de l'indication d'autres restrictions peuvent s'appliquer, le secrétariat contactera le service / le patient. Prévoir 3 heures de présence dans le service.

Choline et Dopa : Patient à jeun depuis 4 heures (compétition entre acides aminés).

DOTATOC, Amyloïde, PSMA : Pas de jeûne, pas de restriction.

➔ Indication :

Pour l'oncologie :

Radiothérapie < 3 mois :

Chirurgie < 3 mois :

Changement de chimio/immunothérapie < 3 mois :

Date ou délai souhaité :