DEMANDE D'EXAMEN TEP-FDG

Service de Médecine Nucléaire

INFORMATION PATIENT

Nom : ..... **Prénom** : ..... R. Social :.....

Age : ..... n° Dossier Médical : ..... Téléphone : .....

Habitant à : ..... **Poids :** ..... ☐ Hospitalisé ☐ Externe

Date des dernières règles : ..... Contraception : ☐ Oui ☐ Non

Diabète : ☐ Non ☐ DID ☐ DNID Traitement en cours : .....

Glycémie à jeun :..... **Inflammation / Infection** : ☐ Non ☐ Oui : .....

RENSEIGNEMENT CLINIQUE

Tumeur primitive : .....

Histologie : ..... **Stade TNM** : .....

Chimiothérapie : ☐ Non / Si Oui, Type: ..... n° de la dernière cure :.....

Date de la dernière cure : _____/_____/_____/ Date de la prochaine cure : ____/_____/_____/

Chirurgicale : ☐ Non ☐ Oui : Date de la dernière intervention : _____/_____/_____/

Radiothérapie : ☐ Non ☐ Oui : Date de la fin de la RT : _____/_____/_____/

Autres : Facteurs de Croissance ☐ Non ☐ Oui Corticoïdes : ☐ Non ☐ Oui

INDICATION DE LA TEP

.....

.....

.....

.....

.....***(Veuillez nous adresser le DM)***

Délai souhaité : ☐ 1 semaine ☐ 2 semaines ☐ 3 semaines autre :.....

MEDECIN DEMANDEUR

Docteur : ..... Service : ..... Tél : .....

Date de la demande : ..... Signature et Tampon :

Réservé au Service de Médecine Nucléaire

RDV le : _____ / _____ / _____ / **à :** ..... Date et Signature

Consigne : .....