



DEMANDE D'EXAMEN TEP À LA FLUOROCHOLINE

Date de la demande : / /

PRS01-02 / FOR07

MÉDECIN PRESCRIPTEUR

Nom :				Prénom :			
Adresse :							
Téléphone :			Fax :			E-mail :	

RENSEIGNEMENTS PATIENT

Nom :				Prénom :			Sexe :	H <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
Adresse :									
Téléphone :				E-mail :					
Date de naissance :			Taille :			Poids :			
N° téléphone du service si hospitalisation lors de la TEP :									

RESUMÉ CLINIQUE PRECIS

Date du diagnostic : / /		Localisation tumorale :						
<i>Résultat des principaux examens :</i>									
PSA :				Score de Gleason :					

TRAITEMENTS ANTÉRIEURS (à remplir impérativement)

Chimiothérapie :	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Date :						
Radiothérapie :	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Champs et date :						
Chirurgie ou biopsie :	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Type et date :						
Hormonothérapie :	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Type et date :						

DEMANDES

Questions posées par l'examen TEP :									
Infection ou inflammation pelvienne récente :	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Type :						
			Date :						
			Traitement en cours :						
Date limite de réalisation de la TEP : / /								
Examen TEP antérieur :	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Date :						
			Lieux :						

DEMANDE A FAXER AU 03 83 98 92 60
+ JOINDRE DOSSIER CLINIQUE ET ICONOGRAPHIQUE