



## DEMANDE D'EXAMEN TEP À LA FLUORODOPA

Date de la demande : ..... / ..... / .....

PRS01-02 / FOR30

### 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 :									
- Résultat des principaux examens :											
- Antécédents chirurgicaux non-oncologiques :											
- Pour les femmes : Date des dernières règles (+ résultat test de grossesse si doute) :											

### TRAITEMENTS ANTÉRIEURS (à remplir impérativement)

Chimiothérapie :	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Type de cure :								
			Intervalle entre les cures :								
			Date de la dernière cure :								
Radiothérapie :	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Date :								
Chirurgie ou biopsie :	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Type et date :								
Traitements par facteurs de croissance, corticothérapie :	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Type et date :								

### DEMANDES

Questions posées par l'examen TEP :											
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**