



DEMANDE D'EXAMEN TEP AU FDG

Date de la demande : / /

PRS01-02 / FOR03

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>				
Diabète :	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Glycémie moyenne du matin (doit être < à 2g/L) :	
		Traitement habituel :		
- <i>Antécédents chirurgicaux non-oncologiques :</i>				
- <i>Pour les femmes : Date des dernières règles (+ résultat test de grossesse si doute) :</i>				
Existe-t-il des contre-indications à l'injection de produit de contraste iodé ?			OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

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