



DEMANDE D'EXAMEN TEP CEREBRALE

Date de la demande : / /

PRS01-02 / FOR35

TEP-FDG TEP-DOPA

MÉDECIN PRESCRIPTEUR

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

RENSEIGNEMENTS PATIENT

Nom : Prénom : Sexe : H F
Adresse :
Téléphone : E-mail :
Date de naissance : Taille : Poids :
N° téléphone du service si hospitalisation lors de la TEP :

RESUMÉ CLINIQUE

1. Joindre le compte rendu de consultation et des examens d'imagerie cérébrale
2. Résultat des principaux examens et signes cliniques :

Diabète : OUI NON Glycémie moyenne du matin (doit être < à 2g/L) :
Traitement habituel :

- Pour les femmes : Date des dernières règles (+ résultat test de grossesse si doute) :

TRAITEMENT ANTI PARKINSONNIEN À STOPPER 24 HEURES AVANT L'EXAMEN

DEMANDES

Date limite de réalisation de la TEP : / /
Examen TEP antérieur : OUI NON Date :
Lieux :

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