CENTRE D'IMAGERIE MÉDICALE JACQUES CALLOT

SERVICE DE MÉDECINE NUCLÉAIRE
SELAS "Centre d'Imagerie Isotopique Lorrain"
13 bis rue Blaise Pascal - 54320 Maxéville
Tél : 03 83 98 43 42 - Fax : 03 83 98 92 60
Mail : secretariat@scintitep-nancy.fr Site Internet : www.scintigraphie-tep-nancy.fr

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 ☐ F ☐
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 :			
PSA :		Score de Gleason :	

TRAITEMENTS ANTÉRIEURS *(à remplir impérativement)*				
Chimiothérapie :	OUI ☐	NON ☐	Date :	
Radiothérapie :	OUI ☐	NON ☐	Champs et date :	
Chirurgie ou biopsie :	OUI ☐	NON ☐	Type et date :	
Hormonothérapie :	OUI ☐	NON ☐	Type et date :	

DEMANDES			
Questions posées par l'examen TEP :			
Infection ou inflammation pelvienne récente :	OUI ☐	NON ☐	*Type :* *Date :* *Traitement en cours :*
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