



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

### TRAITEMENTS ANTÉRIEURS (à remplir impérativement)

Chimiothérapie : OUI  NON  Type de cure : .....  
Intervalle entre les cures : .....  
Date de la dernière cure : .....  
Radiothérapie : OUI  NON  Date : .....  
Chirurgie ou biopsie : OUI  NON  Type et date : .....  
Traitements par facteurs de croissance, corticothérapie : OUI  NON  Type et date : .....

### DEMANDES

Questions posées par l'examen TEP : .....  
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**