

## DEMANDE D'EXAMEN TEP-SCAN CEREBRAL

### PRESCRIPTEUR

Dr ..... Service ou Hôpital : ..... N° tél. prescripteur : .... /... /... /... / ...  
 Adresse : .....  
 Date de la demande : ..... /..... /20.... Période souhaitée pour le rendez-vous : .....

### PATIENT

Nom : ..... Prénom : .....  
 Nom de naissance : .....  
 Date de naissance : ..... /..... /..... Sexe : M  F   
 Adresse : .....  
 N° tél. fixe : .... /... /... /... / ... N° tél. portable : .... /... /... /... / ...  
**Poids** : ..... kg **Taille** : ..... cm  
 Chimiothérapie : non  oui  date de la dernière cure : .... /... /...  
 Radiothérapie : non  oui  date du dernier traitement : .... /... /...  
 Territoire traité : .....  
 Chirurgie récente : ..... Date : .... /... /...  
 Claustrophobie : non  oui  Porteur de BMR : non  oui  si oui, préciser.....

ETIQUETTE  
  
à privilégier,  
identito-vigilance

TEP  
SCAN  
CERE  
BRAL

### INDICATION(S) DE L'EXAMEN

- FDG**  **F-DOPA**  **Flutémétamol (VIZAMYL®)**  
 Autre :

Indication TEP-SCAN posée par le Dr : ..... Staff du : ... /... /20....

Résumé clinique / Résultats des Principaux Examens complémentaires :

**Merci de retourner cette demande accompagnée de l'ensemble des renseignements soit :**

-par fax au : 04 73 27 80 78

-par mail sécurisé : [secretariat.medecine-nucleaire@cjp.mssante.fr](mailto:secretariat.medecine-nucleaire@cjp.mssante.fr)

-par courrier postal : Centre Jean PERRIN – Service de Médecine Nucléaire  
58 rue Montalembert – 63011 CLERMONT-FERRAND Cedex 1