

## DEMANDE D'EXAMEN TEP-SCAN PSMA DANS LE CADRE D'UN CANCER DE LA PROSTATE

### PRESCRIPTEUR

Dr.....Service ou Hôpital ou Clinique :.....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

ETIQUETTE

à privilégier,  
identito-vigilance

### PRODUITS de CONTRASTE IODES

TDM antérieur récent avant TEP injectée : non  oui  Date : ..../...../..... Lieu :.....

Allergie : non  oui  : laquelle :..... Asthme : non  oui

Diabète : non  oui  ► insulino-traité : non  oui

► non insulino-traité : Avandamet  Diabamyl  Glucophage  Glucovance  Glymax   
Metformine  Stagid  autre  :.....

Insuffisance cardiaque : non  oui

Insuffisance rénale : non  oui  Myélome : non  oui

Clearance de créatinine : résultat :..... Date : ..../...../.....

### INDICATION(S) DE L'EXAMEN

Bilan d'extension d'un cancer de haut risque  Récidive biochimique  Bilan avant Lu-PSMA

Autre : .....

1 - Gleason, ISUP et PSA initiaux

2 - Date et type de traitement initial (stade si possible)

3 - Dates des récurrences et leur traitement (si applicable), avec nadir du PSA

4 - Date de la récurrence actuelle, valeurs du PSA (au moins 2 dans la mesure du possible) et temps de doublement si disponible

5 - Précisez si traitement en cours (hormonothérapie, chimiothérapie, ou autres)

**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