

## DEMANDE D'EXAMEN TEP-SCAN CHOLINE

### 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 :...../...../...../...../.....

ETIQUETTE

à privilégier,  
identito-vigilance

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.....

### 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

**Prostate**   
 Score de Gleason : Taux de PSA récent : Hormonothérapie : OUI  NON  arrêt depuis ...../...../.....  
 But de l'exploration :  Bilan d'extension initial :  Récidive biochimique :  Autre :.....

**Foie**   
 Taille de(s) lésion(s) :  
 Suspicion de carcinome hépato-cellulaire  Bilan d'extension de carcinome hépatocellulaire   
 Autre :.....

**Parathyroïde**

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