

## DEMANDE D'EXAMEN TEP-SCAN DOTATOC

### 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 :.....  
**Injection d'analogue (SOMATULINE©)** : non  oui  date de la dernière injection :...../...../.....  
 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

Localisation tumorale :..... Type histologique :.....  
 Classification TNM :..... Taille de(s) lésion(s) :.....  
 But de l'exploration : Diagnostic de malignité  ; Recherche de primitif  ; Bilan d'extension   
 Evaluation de la maladie résiduelle  ; Evaluation de la réponse thérapeutique  ;  
 Diagnostic et/ou bilan d'extension de récurrence  ; autres  , préciser :.....  
 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

TEP-SCAN DOTATOC