

DEMANDE D'EXAMEN TEP-SCAN **ESTROTEP**

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

Hormonothérapie : non oui date de la dernière cure :...../...../.....

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 ESTROTEP

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

-par courrier postal : Centre Jean PERRIN – Service de Médecine Nucléaire

58 rue Montalembert – 63011 CLERMONT-FERRAND Cedex 1