

## DEMANDE D'EXAMEN TEP-SCAN FLUORODOPA

### 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

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

### 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  
FLUORODOPA