

DEMANDE D'EXAMEN TEP-SCAN CEREBRAL

PRESCRIPTEUR

Dr Service ou Hôpital : N° tél. prescripteur : / / / /

Adresse :

Date de la demande : / / 20.... Période souhaitée pour le rendez-vous :

PATIENT

Nom de naissance : Prénom de naissance :

Nom usuel :

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

INDICATION(S) DE L'EXAMEN

☐ FDG

☐ F-DOPA

☐ Flutémétamol (VIZAMYL®)

☐ Autre :

Indication TEP-SCAN posée par le Dr :

Staff du : ... / ... / 20....

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

- par le formulaire en ligne : <https://www.cjp.fr/professionnel-de-sante/demander-un-examen-de-medecine-nucleaire>

TEP
SCAN
CERE
BRAL