

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 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

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

-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>