

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 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 :

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.....

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

-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
DOTATOC