

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 de naissance : Prénom de naissance :
Nom usuel :
Date de naissance :/...../..... Sexe : M ☐ F ☐
Adresse :
N° tél. fixe :/...../..... N° tél. portable :/...../...../.....

ETIQUETTE

à privilégier,
identito-vigilance

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.....

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
ESTROTEP