

Centre Jean PERRIN Service de Médecine Nucléaire

Tél. 04 73 27 80 81- Fax. 04 73 27 80 78

DEMANDE D'EXAMEN TEP-SCAN PSMA DANS LE CADRE D'UN CANCER DE LA PROSTATE

PRESCRIPTEUR		
DrNº 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□	ETIQUETTE
Adresse :		ETIQUETTE
		à privilégier,
N° tél. fixe :///N° tél. portable	; :	identito-vigilance
Poids :kg Taille :cm		
PRODUITS de CONTRASTE IODES		
TDM antérieur récent avant TEP injectée : non □ oui □ Date :/ Lieu : Lieu :		
Diabète : non □ oui □ ▶insulino-traité : non □ oui □		
▶non insulino-traité : Avandamet □ Diabamyl □ Glucophage □ Glucovance □ Glymax □ Metformine □ Stagid □ autre □ :		
Insuffisance cardiaque : non □ oui □	uomine – Stagio – autre –	
Insuffisance rénale : non □ oui □	Myélome : non □ oui □	
Clearance de créatinine : résultat :	Date ://	
INDICATION(S) DE L'EXAMEN		
□ Bilan d'extension d'un cancer de haut risque	□ Récidive biochimique	□ Bilan avant Lu-PSMA
□ Autre :		
1 - Gleason, ISUP et PSA initiaux		
2 -Date et type de traitement initial (stade si possible)		
3 - Dates des récidives et leur traitement (si applicable), avec nadir du PSA		
4 - Date de la récidive actuelle, valeurs du PSA (au moins 2 dans la mesure du possible) et temps de doublement si disponible		
5 - Précisez si traitement en cours (hormonothérapie, chimiothérapie, ou autres)		

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