

DEMANDE D'EXAMEN TEP-SCAN **⚠ DOSIMETRIQUE **⚠** AU 18FDG**

PRESCRIPTEUR

Dr.....SERVICE DE RADIOTHERAPIE N° tél. prescripteur :...../...../...../.....
Adresse :.....
Date de la demande :...../...../20.... Période souhaitée pour le rendez-vous :.....

PATIENT

Nom :..... Prénom :.....
Nom de naissance:.....
Date de naissance :...../...../..... Sexe : M F
Adresse :.....
N° tél. fixe :...../...../...../...../..... N° tél. portable :...../...../...../...../.....
Poids :.....kgs Taille :.....cm
Chimiothérapie : non oui date de la dernière cure :...../...../.....
Radiothérapie : non oui date du dernier traitement :...../...../.....
Territoire traité :.....
Facteur de croissance : non oui date de la dernière injection :...../...../.....
Chirurgie récente :.....date :...../...../.....

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) DU TEP SCAN DOSIMETRIQUE

Indication TEP SCAN posée par le Dr :..... Staff du : . / . / .
Localisation tumorale :..... Type histologique :.....
Classification TNM :..... Taille de(s) lésion(s) :.....
But de l'exploration : Bilan d'extension initial Bilan d'extension de récurrence
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

TEP
DOSI
METRI
QUE