

DEMANDE D'EXAMEN TEP-SCAN AU 18FDG

PRESCRIPTEUR

Dr.....Service ou Hôpital ou Clinique :.....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) 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

T
E
P
T
D
M
F
D
G