

DEMANDE D'EXAMEN TEP-SCAN AU 18F Choline

PRESCRIPTEUR

Dr..... Service ou Hôpital :..... 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 :.....
 Chirurgie récente :.....date :...../...../.....
 Claustrophobie : non oui Porteur de BMR : non oui si oui, préciser.....

ETIQUETTE

à privilégier,
identito-vigilance

INDICATION(S) DE L'EXAMEN

Indication TEP-SCAN posée par le Dr :..... Staff du :...../...../20....

Localisation

Prostate
 Score de Gleason :..... Taux de PSA récent :.....
 Hormonothérapie : OUI NON arrêt depuis/...../.....
 Résultat TDM TAP récent :..... Résultat IRM prostatique récente :.....
 Résultat scintigraphie osseuse récente :.....
 But de l'exploration :.....
 Bilan d'extension initial : Bilan d'extension devant une récurrence biochimique :
 Autre :.....
Foie
 Taille de(s) lésion(s) :..... Bilan d'extension de carcinome hépatocellulaire
 Suspicion de carcinome hépatocellulaire Résultat IRM hépatique récente..... Résultat TDM récent.....
 Autre

Parathyroïde

Résumé clinique

.....

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