

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 :
 Hormonothérapie : OUI NON arrêt depuis/...../.....

Taux de PSA récent :

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) :

Suspicion de carcinome hépato-cellulaire

Bilan d'extension de carcinome hépatocellulaire

Autre

Résultat IRM hépatique récente

Résultat TDM récent

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