

## DEMANDE D'EXAMEN TEP-SCAN CEREBRAL AU 18FDG

### 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

ETIQUETTE

à privilégier,  
identito-vigilance

T  
E  
P  
C  
E  
R  
V  
E  
A  
U

### INDICATION(S) DE L'EXAMEN

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

Résumé clinique / Résultats des Principaux Examens complémentaires :

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

En l'absence de TEP-SCAN, quelle serait la prise en charge thérapeutique :

.....  
 .....

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](mailto:secretariat.medecine-nucleaire@cjp.mssante.fr)

-par courrier postal : Centre Jean PERRIN – Service de Médecine Nucléaire

58 rue Montalembert – 63011 CLERMONT-FERRAND Cedex 1