



DEMANDE D'EXAMEN TEP – TDM à renvoyer par FAX (04.32.75.37.17)

PATIENT

NOM Date de Naissance __/__/____
 PRENOM F M
 Adresse

 code postal ville
 Tél domicile Tél portable

- Externe Hospitalisé
 Valide Claustrophobe
 Chaise
 Lit Isolement

Etablissement

ORIGINE DE LA DEMANDE **Date de la demande** __/__/____
Médecin demandeur **Service**

Tampon service:

Adresse Tél Fax

Date Souhaitée de l'Examen :

MOTIF DE LA DEMANDE :

Indications :

- Oncologique
 Cérébrale
 Infectieux Inflammatoire
 Autres

Type d'examen :

- FDG
 DOPA
 CHOLINE
 CARDIAQUE
 PROTOCOLE

Infos Patients :

- Poids Taille
 -Date des dernières règles __/__/____
 -Moyen de contraception oui non
 -Diabète oui non Insulinodépendant
 -PSA :

TRAITEMENTS ANTERIEURS

Chirurgie *date chirurgie* / / *nature*
 Chimiothérapie *date dernière cure* / / *prochaine cure prévue*.....
 Immunothérapie *date début* / /
 Radiothérapie *date dernière séance* / / *début de traitement prévu*.....
 Corticothérapie / csf *préciser*
 Infection intercurrente *préciser*

RÉSUMÉ HISTOIRE CLINIQUE – QUESTION POSÉE

IMA DE 003 D - version 7 imprimée le 21/01/2020

IMPORTANT : Patient à jeun au moins 6 heures avant l'examen ; **Pas** de perfusion de **glucosé**
Immobilité requise de 20 min sous caméra, décubitus dorsal
 Porter les derniers examens d'imagerie.