



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

PATIENT

Date de Naissance / /

Nom Sexe F M Poids Taille.....

Prénom Date des dernières règles / /

Adresse Diabète oui non Glycémie à jeun :.....

.....

code postal ville **Patient** Externe Hospitalisé

Tél domicile Tél portable Valide Chaise Lit

Etablissement

ORIGINE DE LA DEMANDE

Date de la demande / / **Médecin demandeur** Spécialité

Adresse Tél Fax

MOTIF DE LA DEMANDE :

Type d'examen : FDG FDG DOPA CHOLINE CARDIAQUE

A <input type="checkbox"/> Poumon	B <input type="checkbox"/> VADS	C <input type="checkbox"/> Sein	D <input type="checkbox"/> Oesophage	E <input type="checkbox"/> Pancréas-Foie	F <input type="checkbox"/> Colon-Rectum
G <input type="checkbox"/> Lymphome	H <input type="checkbox"/> Mélanome	I <input type="checkbox"/> Sarcomes tissus mou	J <input type="checkbox"/> Thyroïde	K <input type="checkbox"/> Ovaire	L <input type="checkbox"/> Utérus
M <input type="checkbox"/> Testicule	N <input type="checkbox"/> Tumeurs neuro-endoc	O <input type="checkbox"/> Recherche de primitif	P <input type="checkbox"/> Plèvre	Q <input type="checkbox"/> Myélome	R <input type="checkbox"/> Rein
S <input type="checkbox"/> Prostate	T <input type="checkbox"/> Autres	U <input type="checkbox"/> Cérébrale	V <input type="checkbox"/> Foyer Inflam. / Infect.	W <input type="checkbox"/> Protocole clini.	

Si connus : TNM à priori :..... Histologie :.....

1 Diagnostique 2 Stadification 3 Suivi thérapeutique 4 Suspicion de récidence

TRAITEMENTS ANTERIEURS

Chirurgie date chirurgie / / nature

Chimiothérapie date dernière cure / / prochaine cure prévue.....

Radiothérapie date dernière séance / / début de traitement prévu

Corticothérapie / csf préciser

Infection intercurrente préciser

RESUME HISTOIRE CLINIQUE – QUESTION POSEE

Période Souhaitée de l'Examen :