



TEP-TDM

FDG autres :

Tél. : 04 42 33 90 37
Fax : 04 42 33 90 38

Réservé au service

Demande réceptionnée :

--	--	--

 Date du rendez-vous :

--	--	--

 à

--

 h

Demande d'examen à faxer impérativement au Service de Médecine Nucléaire pour l'obtention d'un rendez-vous

1. Identité du prescripteur
(ou tampon)

Nom :
 Tél. :
 Fax :

2. Identité du patient
(ou étiquette)

NOM :
 NOM JEUNE FILLE :
 PRENOM :
 DATE NAISS : | | |
 Tél. domicile : | | | | | | | | |
 portable : | | | | | | | | |
 Adresse :

3. Informations Patient

Poids :

--

 Taille :

--

 - Hospitalisé(e) oui non
 Isolement ? oui non
 - Incontinence oui non
 - Diabète oui non
 Si oui, doit être équilibré +++
 - Mobilité debout
 fauteuil
 brancard

4. Contexte de la demande

.....

HISTOLOGIE :

INDICATION : Diagnostic de malignité
 Stadification / Bilan d'extension
 Suivi thérapeutique
 Récidive
 Recherche de primitif

Le patient est-il au courant de son diagnostic ?
 OUI NON

RESERVÉ AU SERVICE
Protocole d'acquisition :
 Standard
 Bras le long du corps
 ORL
 Gating respiratoire
 Autres :

TRAITEMENTS
 Chimiothérapie : dernière cure

--	--	--	--	--	--

 prochaine cure

--	--	--	--	--	--

 Radiothérapie : date de fin

--	--	--	--	--	--

 Chirurgie : date

--	--	--	--	--	--

5. Délai souhaité

< 2 sem. < 1 mois pour le

--	--	--

 avant le

IMPORTANT - patient à jeûn au moins 6 heures avant l'examen (**UNIQUEMENT pour TEP au FDG**)
 (eau/café sans sucre autorisés, pas de perfusion glucosée ou d'alimentation parentérale)
 - immobilité requise de 20 min sous caméra, bras au-dessus de la tête, décubitus dorsal
 - respecter un délai de 3 semaines après chimiothérapie, 3 mois après radiothérapie
 - Demander au patient de porter les derniers examens d'imagerie.