

## DEMANDE D'EXAMEN TEP-TDM (<sup>18</sup>FCholine)

|   |        |                 |                        |
|---|--------|-----------------|------------------------|
| Date de la demande :  |        | Externe         | Hospitalisé :          |
| Délai de réalisation souhaité :      <1 sem.      <2 sem.      <1 mois      Date limite : |        |                 |                        |
| <b>Coordonnées du médecin prescripteur</b>  |        |                 |                        |
| Médecin :   |        |                 |                        |
| Service :   | Tél. : | Fax. :          |                        |
| Adresse :   |        |                 |                        |
| <b>Renseignements patient</b>   |        |                 |                        |
| M.  | Mme    | Mlle            | NOM :                  |
| Nom de jeune fille :  |        |                 | Né(e) le :             |
| Adresse :   |        | Email :         |                        |
| Tél. fixe :   |        | Tél. portable : |                        |
| Poids :   | Kg     | Taille :        | cm                     |
| Validité :  | Valide | Fauteuil        | Lit                    |
| <b>Indication/Histoire clinique</b>   |        |                 |                        |
|   |        |                 |                        |
| <b>Renseignements cliniques</b>   |        |                 |                        |
| Chirurgie ?   | Non    | Oui :           | Date et type :         |
| Chimiothérapie ?  | Non    | Oui :           | Date dernière cure :   |
| Radiothérapie ?   | Non    | Oui :           | Date dernière séance : |
| Hormonothérapie, thérapie ciblée ?  | Non    | Oui :           |                        |
| Réservé au service  |        | Reçue le        | Validée le             |