

DEMANDE D'EXAMEN TEP-TDM (¹⁸FCholine)

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