

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

<b>Date de la demande :</b>		Externe		Hospitalisé :	
<b>Délai de réalisation souhaité :</b>		<1 sem.	<2 sem.	<1 mois	Date limite :
Coordonnées du médecin prescripteur					
<b>Médecin :</b>					
Service :		Tél. :		Fax. :	
Adresse :					
Renseignements patient					
M.	Mme	Mlle	<b>NOM :</b>	<b>Prénom :</b>	
Nom de jeune fille :				<b>Né(e) le :</b>	
Adresse :					
Tél. fixe :			Tél. portable :		
<b>Poids :</b>	Kg	Taille :	cm	<b>Validité :</b>	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 :			
Facteurs de croissance ? Corticoïdes ?	Non	Oui :	Date dernière injection :		
<b>Diabète ?</b>	Non	Oui :	Insuline ?	Non	Oui
Infection/maladie inflammatoire connue ?	Non	Oui :			
<i>Réservé au service</i>	<i>Reçue le</i>		<i>Validée le</i>		