

DEMANDE D'EXAMEN TEP-TDM (¹⁸FDG)

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 :					
Facteurs de croissance ? Corticoïdes ?	Non	Oui :	Date dernière injection :				
Diabète ?	Non	Oui :	Insuline ?	Non	Oui		
Infection/maladie inflammatoire connue ?	Non	Oui :					
<i>Réserve au service</i>	<i>Reçue le</i>			<i>Validée le</i>			