

## 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 :				
<b>Coordonnées du médecin prescripteur</b>				
<b>Médecin :</b>				
Service :	Tél. :	Fax. :		
Adresse :				
<b>Renseignements patient</b>				
M.	Mme	Mlle	<b>NOM :</b>	<b>Prénom :</b>
Nom de jeune fille :				<b>Né(e) le :</b>
<b>Adresse :</b>			Email :	
Tél. fixe :		<b>Tél. portable :</b>		
Poids :	Kg	Taille :	cm	<b>Validité :</b> 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 :		
Facteurs de croissance ? Corticoïdes ?	Non	Oui :	Date dernière injection :	
<b>Diabète ?</b>	Non	Oui :	Insuline ?	Non Oui
Infection/maladie inflammatoire connue ?	Non	Oui :		
<b>Réserve au service</b>	<b>Reçue le</b>	<b>Validée le</b>		