

## 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 :			Tél. portable :		
<b>Poids :</b>	Kg	<b>Taille :</b>	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 :		
<i>Réservé au service</i>		<i>Reçue le</i>		<i>Validée le</i>	