

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

<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mlle	Nom* : _____	Prénom* : _____
--	--------------	-----------------

Nom de jeune fille : _____	Né(e) le* : ____ / ____ / ____
----------------------------	--------------------------------

Adresse* : _____	E-mail: _____
------------------	---------------

Tél. fixe : ____ / ____ / ____ / ____ / ____	Tél. portable : ____ / ____ / ____ / ____ / ____
--	--

Poids* : ____ Kg	Taille : ____ cm	Validité* : <input type="checkbox"/> Valide <input type="checkbox"/> Fauteuil <input type="checkbox"/> Lit
------------------	------------------	--

Indication/Histoire clinique

Renseignements cliniques

Chirurgie ?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui : Date et type : ____ / ____ / ____
-------------	------------------------------	--

Chimiothérapie ?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui : Date dernière cure : ____ / ____ / ____
------------------	------------------------------	--

Radiothérapie ?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui : Date dernière séance : ____ / ____ / ____
-----------------	------------------------------	--

Hormonothérapie, thérapie ciblée ?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui : _____
------------------------------------	------------------------------	--------------------------------------

Facteurs de croissance ? Corticoïdes ?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui : Date dernière injection : ____ / ____ / ____
--	------------------------------	---

Diabète* ?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui : Insuline ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
------------	------------------------------	---

Infection/maladie inflammatoire connue ?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui : _____
--	------------------------------	--------------------------------------

Réservé au service	Reçue le _____	Validée le _____
--------------------	----------------	------------------