

DEMANDE D'EXAMEN TEP-TDM (¹⁸FDG)

Date de la demande* : ____ / ____ / ____		<input type="checkbox"/> Externe <input type="checkbox"/> Hospitalisé : ____	
Délai de réalisation souhaité* : <input type="checkbox"/> <1 sem. <input type="checkbox"/> <2 sem. <input type="checkbox"/> <1 mois <input type="checkbox"/> 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