

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* : _____			
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	_____	
<i>Réservé au service</i>	<i>Reçue le</i>	<i>Validée le</i>	

* Champs indispensables au traitement de la demande