

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