



DEMANDE D'EXAMEN TEP-TDM ¹⁸FDG OU AUTRE (CHOLINE/FDOPA/VIZAMYL)

MEDECIN DEMANDEUR : Tampon* et signature (obligatoires) :

*Ou à défaut, nom et n° RPPS

Date de la demande :/...../.....

PATIENT

Externe [] Hospitalisé [] Etablissement demandeur :
Nom service :
Tél service :
Fax service :

Nom : Prénom : Date de naissance :/...../.....
Adresse : Tél :
Portable :
Sexe : M [] F [] Poids : kg Taille : cm
Diabète : Non [] Oui [] Insuline : Non [] Oui []
Contraception : Non [] Oui [] D.D.R :/...../..... Ménopausée []

INDICATION DE L'EXAMEN

Broncho-pulmonaire [] Digestif [] Hodgkin [] Lymphome NH []
ORL [] Mélanome [] Autre [] :
Diagnostic de malignité [] Bilan initial [] Suspicion/Bilan de récidence []
Evaluation de la réponse thérapeutique [] Recherche de sepsis (siège) []

ANTECEDENTS THERAPEUTIQUES

Chirurgie* Non [] Oui [] Date :/...../..... Laquelle :
Chimiothérapie* Non [] Oui [] Date de dernière cure :/...../.....
Radiothérapie* Non [] Oui [] Date de fin :/...../.....
Facteurs de croissance Non [] Oui [] Date d'arrêt :/...../.....

*La TEP-FDG doit être faite à distance :

Chirurgie > 6sem./Radiothérapie > 3mois/Chimiothérapie > 2-3 sem. (en fonction du protocole)

CLINIQUE : ATCD, histoire de la maladie, examens morphologiques récents et incidence attendue du TEP et/ou courriers consultations et hospitalisation joints.

.....
.....
.....
.....

TRAITEMENT :

Antibiotique [] / Corticoïde [] / Autre [] :