

DEMANDE D'EXAMEN TEP-TDM ¹⁸FDG

Médecin Prescripteur : Date demande :/..../....
Médecin traitant :

PATIENT

NOM : Prénom : Date de naissance :/..../....
Adresse : Tél. :
..... Port :
Sexe : M F **Poids : kg** Taille : cm
Diabète : Non Oui **INSULINE** : Non Oui
Contraception : Non Oui D.D.R. :/..../.... Ménopause

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

ANTECEDENTS THERAPEUTIQUES

Chirurgie* non oui date :/..../.... laquelle :
Chimiothérapie* non oui date 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 > 6 sem. Radiothérapie > 3 mois, 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 / :

RDV TEP

Date :/..../.... Heure :h..... Médecin Nucléaire :