



DEMANDE DE TEP SCAN

Date de la demande : _____

Délai souhaité : Rapide / Habituel

Ou date programmée : _____

Patient :**Nom :****Prénom :****Date de naissance :****Numéro de téléphone :****Adresse :****Poids :****Taille :**Patient Hospitalisé service :

Tel du service :

Validité du patient :

Valide Fauteuil Brancard

Claustrophobie :

Oui Non **Pour les femmes :**

Contraception :

Oui Non

Date des dernières règles :

Antécédents :

OUI NON

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabète	<input type="checkbox"/>	Insuline	<input type="checkbox"/>	Antidiabétiques oraux
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chirurgie récente	Type :	Date :		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chimiothérapie	Dernier TT le :	Prochain le :		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Radiothérapie	Dernier TT le :	Site :		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autre TT à préciser (immunoT corticoT, ATB, facteurs de croissances)				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dialyse, jours :				

Type d'examen : TEP FDG TEP CHOLINE TEP DOPA**Dernier taux PSA :****Indications, renseignements cliniques :**Examens TEP ou imageries antérieurs : Oui Veuillez joindre les derniers CR à la demandeNon **Rappels : jeûne de 6h avant examen, pas de perfusion de glucose, pas d'insuline 6h avant, arrêt alimentation entérale et parentérale 6h avant****Médecin prescripteur :****Signature / tampon***(avec RPPS pour activer code diffusion CR et images sur notre portail)***Tel :****Fax :***Contre-indications : grossesse (sauf recherche EP), difficultés à tenir la position allongée immobile.
Merci de prévenir en cas de claustrophobie, agitation ou allaitement pour consignes particulières.*