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

⬜ ⬜ **Diabète** ⬜ **Insuline** ⬜ **Antidiabétiques oraux**

⬜ ⬜ Chirurgie récente Type : Date :

⬜ ⬜ Chimiothérapie Dernier TT le : Prochain le :

⬜ ⬜ Radiothérapie Dernier TT le : Site :

⬜ ⬜ Autre TT à préciser (immunoT corticoT, ATB, facteurs de croissances)

⬜ ⬜ 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 demande**

 Non ⬜

**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 :**