

**DEMANDE D'EXAMEN TEP CHOLINE
PROSTATE**

Date de la demande :

PRESCRIPTEUR

Identité : Dr Tél : Fax :

Adresse :

.....

PATIENT

Nom : Mr..... Prénom :

Date de naissance : Tél (indispensable):

Adresse :

.....

Hospitalisé : oui non Nom de l'établissement :

Service : Tél du service :

Poids :

Taille :

Valide : oui non

Claustrophobe : oui non

Continent : oui non

Contre-indication au furosémide : oui non

Date du dernier traitement

Chirurgie Chimiothérapie

Radiothérapie Hormonothérapie

INDICATION

(situation clinique, Gleason, résultats d'imagerie)

.....

.....

.....

.....

.....

Taux de PSA : Cinétique mensuelle : Temps de doublement :

DELAI SOUHAITE D'EXAMEN

< 1 mois < 2 mois < 3 mois ou date souhaitée :

Date de la prochaine consultation :