

**DEMANDE D'EXAMEN TEP DOPA
ONCOLOGIE**

Date de la demande :

PRESCRIPTEUR

Identité : Dr Tél : Fax :
Adresse :
.....

PATIENT

Nom : Mr/Mme Prénom :
Date de naissance : Tél (indispensable):
Adresse :
.....
Hospitalisé(e) : oui non Nom de l'établissement :
Service : Tél du service :

Poids : Taille :
Risque de grossesse : oui non Valide : oui non
Continent : oui non Claustrophobe : oui non
Traitement à visée neurodégénérative :
.....
Arrêt de la L-DOPA possible depuis la veille au soir de l'examen : oui non

INDICATION

(signes cliniques, pathologie recherchée, résultats TDM/IRM...)

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

DELAJ SOUHAITE D'EXAMEN

< 1 mois < 2 mois ou date souhaitée :
Date de la prochaine consultation :