

**DEMANDE D'EXAMEN TEP FDG  
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 : .....

Diabète :  oui  non si oui, Traitement(s) : .....

Risque de grossesse :  oui  non

Valide :  oui  non Claustrophobe :  oui  non Continent :  oui  non

Contre-indication au furosémide :  oui  non au propranolol :  oui  non

Notion de graisse brune sur l'examen précédent :  oui  non

Date du dernier traitement :

Chirurgie ..... Chimiothérapie ..... Radiothérapie .....

**INDICATION**

*(type de cancer, bilan initial/évaluation/surveillance/récidive, question posée...)*

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**DELAI SOUHAITE D'EXAMEN**

< 1 sem  < 2 sem  < 1 mois ou date souhaitée : .....

Date de la prochaine consultation : .....