

**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 nonClaustrophobe : oui nonContinent : oui nonContre-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 :