

**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...)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**DELAI SOUHAITE D'EXAMEN**

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

Date de la prochaine consultation : .....