

**DEMANDE D'EXAMEN TEP FDG  
CEREBRALE**

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

Continent :  oui  non Claustrophobe :  oui  non

Traitement à visée neurodégénérative : .....

**INDICATION**

*(signes cliniques, pathologie recherchée, résultats IRM/tests neuropsychologiques/CSF...)*

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**DELAJ SOUHAITE D'EXAMEN**

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

Date de la prochaine consultation : .....