

CENTRE DE MEDECINE NUCLEAIRE
CENTRE TEP
1, Rue du Capitaine Drillien – 71100 CHALON SUR SAONE
Tél. : 03.85.46.99.10 - Fax : 03.85.46.99.11

DEMANDE D'EXAMEN **TOMOSCINTIGRAPHIE PAR EMISSION DE POSITONS (TEP) AU FDG**
(Merci de le remplir lisiblement)

Date de la demande :

MEDECIN DEMANDEUR

Identité : **TELEPHONE**(Indispensable).....
Adresse :
Fax : E-mail

PATIENT

NOM : Prénom.....
Date de naissance : **TELEPHONE** (Indispensable).....
Adresse :

Hospitalisé(e) : OUI NON

Si oui établissement d'hospitalisation :

Service :

Tél. Service :

Diabète OUI NON

Si oui, traitement

Poids : Taille :

Absence de grossesse vérifiée OUI NON

Valide OUI NON

Continent OUI NON

Claustrophobe OUI NON

TRAITEMENTS ANTERIEURS [toujours préciser date dernier traitement]

- Chirurgie tumorale → date intervention :
- Chimiothérapie → date dernière cure :
- Radiothérapie → date dernière séance :
- Aucun autre - préciser.....

RESUME HISTOIRE DE LA PATHOLOGIE TUMORALE

Préciser en particulier la ou les question(s) posée(s) et les options thérapeutiques discutées

.....

.....

.....

.....

.....

Délai dans lequel l'examen est souhaité :

< 1 sem < 2 sem < 1 mois autre (préciser).....