

**DEMANDE D'EXAMEN TEP CHOLINE
PARATHYROIDES**

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 non Claustrophobe : oui non

Contre-indication à l'injection de produit de contraste iodé : oui non

INDICATION

(situation clinique, résultats d'échographie/scintigraphie, calcémie et PTH)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

DELAJ SOUHAITE D'EXAMEN

< 1 mois < 2 mois < 3 mois ou date souhaitée :

Date de la prochaine consultation :