

**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 : .....