

**DEMANDE D'EXAMEN TEP FDG
INFECTION & INFLAMMATION**

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

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

Antibiothérapie en cours : oui non si oui, Traitement(s) :

Corticothérapie en cours : oui non

Prothèse : oui non si oui, date de pose :

INDICATION
(pathologie recherchée, résultats imagerie et biologie,...)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

DELAÏ SOUHAITE D'EXAMEN

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

Date de la prochaine consultation :