

DEMANDE D'EXAMEN TEP FDG
ONCOLOGIE

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 Claustrophobe : oui non Continent : oui non

Contre-indication au furosémide : oui non au propranolol : oui non

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

Notion de graisse brune sur l'examen précédent : oui non

Date du dernier traitement :

Chirurgie Chimiothérapie Radiothérapie

INDICATION

(type de cancer, bilan initial/évaluation/surveillance/récidive, question posée...)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

DELAI SOUHAITE D'EXAMEN

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

Date de la prochaine consultation :