

**CENTRE D'IMAGERIE ISOTOPIQUE
HOPITAL PRIVE LA CASAMANCE**

Dr BAZAN-SANGLINE Fabienne
72. Médecine Nucléaire
13 1 20112 1 00 1 22 0 72

Dr QUILICHINI Gaëtan
72. Médecine Nucléaire
13 1 22212 7 00 1 22 0

Dr TESSONNIER Gérald
06. Médecine Nucléaire
13 1 12303 6 00 1 22 0 06

FICHE DE DEMANDE D'EXAMEN TEP-FDG

IDENTIFICATION

NOM : **Nom de jeune fille :**

PRENOM : **Sexe :** M / F

Date de naissance : **Poids :** **Taille :**

Diabète : Si oui, traitement : Est-il bien équilibré ?.....

Autres traitements en cours susceptibles d'augmenter la glycémie :

Adresse résidence patient : **Ville :** **Code postal :**

N° de tél. DOMICILE : **N° de tél. PORTABLE :**

Provenance du patient : / ___ / 1 : Hospitalisé (Etablissement :)

Valide Fauteuil Brancard Incontinence urinaire
2 : Externe

INDICATION DE L'EXAMEN

▪ **Tumeur primitive :** **Histologie :**

..... **Stade TNM :**

.....

Date de la dernière cure de chimiothérapie : ___/___/___/ et date de la prochaine cure : ___/___/___/

Date de la dernière intervention chirurgicale (si elle date de moins de 3 mois) : ___/___/___/

Date de la fin de la radiothérapie (si elle est inférieure à 6 mois) : ___/___/___/

▪ **Préciser en clair le problème posé :**

.....

▪ **Le patient est-il au courant de son diagnostic ?**

PROGRAMMATION DE L'EXAMEN TEP SOUHAITEE AVANT LE :

Nom du Médecin prescripteur et/ou service (écriture lisible SVP) :

N° de tél. :

N° de fax :

Date de la demande :

Signature et Tampon du prescripteur :

Réservé au service de Médecine nucléaire

DATE DE RDV :

CONFIRME LE :

RESERVE au SERVICE MEDECINE NUCLEAIRE

INDICATION :

- Primitif
- Poumon
- ORL - Digestif - Gynéco - Uro
- Dermato - Musculo squelettique - Hémato
- Maladie de système

Protocole d'acquisition

- ☛ Bras derrière la tête
- ☛ Bras le long du corps
- ☛ MI
- ☛ ORL