

**CENTRE D'IMAGERIE ISOTOPIQUE - SCINTI 13 -
HOPITAL PRIVE LA CASAMANCE**

Dr BAZAN Fabienne

Dr QUILICHINI Gaëtan

FICHE DE DEMANDE D'EXAMEN TEP-FDG

Institut Paoli Calmettes

CH Aix en Provence

Premier RDV disponible

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 :))

2 : Externe

Valide

Fauteuil

Brancard

Incontinence urinaire

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 :

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

Réservé au service de Médecine nucléaire

Lieu de RDV :

DATE DE RDV :

CONFIRME LE :