

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

Dr BAZAN Fabienne

Dr DELCOURT Sarkis

Dr QUILICHINI Gaëtan

FICHE DE DEMANDE D'EXAMEN TEP-FDG

Lieu d'examen : HP - LA CASAMANCE – Service SCINTIGRAPHIE / TEP

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 :