

DEMANDE DE TEP FDG F-CHOLINE F-DOPA AUTRE

Merci de nous envoyer cette demande par fax : **04.91.35.81.50** ou par mail : contact@scinti13.com

Vous pouvez également nous adresser une demande en ligne en remplissant directement un formulaire web sur notre site www.scinti13.com

Nous contacterons votre patient(e) pour convenir d'un rdv.

MÉDECIN DEMANDEUR

Nom : _____

Tél / poste de soins : _____

Mail : _____

Fax : _____

Date de la demande : _____

Date du prochain RDV médical : _____

Cachet médecin / UF service

INFORMATIONS PATIENT(E) *Informations obligatoires

*Nom: _____

*Date de naissance : _____

*Prénom : _____

Mail : _____

*Téléphone mobile : _____

Téléphone domicile : _____

Patient hospitalisé : NON OUI

*Poids / Taille : _____

*Diabétique : NON OUI => DNID DID

DÉLAI DE RDV SOUHAITÉ

Urgence Sous 15 j Sous 30 j Date spécifique : _____

INDICATION : Motif de l'examen

- Caractérisation Bilan initial Evaluation thérapeutique Récidive
 Chirurgie tumorale (date) : _____ Radiothérapie (date clôture) : _____
 Chimiothérapie (date dernière cure) : _____ Immunothérapie (date dernier cure) : _____
 Pour Parathyroïde : Calcémie : _____ PTH: _____ PSA (pour TEP-Choline Prostate) : _____