

FORMULAIRE DE DEMANDE D'EXAMEN
TEP A LA FLUORO-CHOLINE

(Merci de le remplir lisiblement)

Date de la demande :

PATIENT

NOM :Prénom.....
Date de naissance :.....**TELEPHONE** (Indispensable).....
Adresse :
Hospitalisé(e) : OUI NON
Si oui établissement d'hospitalisation : Service :
Tél. Service :
* Patient valide : OUI NON * Patient continent : OUI NON
Poids : Taille :

MEDECIN DEMANDEUR

Identité :**TELEPHONE**(Indispensable).....
Adresse :
Fax :E-mail

RESUME HISTOIRE DE LA PATHOLOGIE TUMORALE

Préciser en particulier la ou les question(s) posée(s) et les options thérapeutiques discutées

.....
.....
.....
.....
.....

Délai dans lequel l'examen est souhaité :

< 1 sem < 2 sem < 1 mois autre (préciser).....

TRAITEMENTS ANTERIEURS [toujours préciser date dernier traitement]

Chirurgie prostatique : Résection Prostatectomie
→ date intervention :
 Chimiothérapie → date dernière cure :
 Radiothérapie → date dernière séance :
 Aucun autre - préciser :

Taux de PSA : Dernier bilan : PSA Antérieurs :

Date : Date :

Temps de doublement < 8 mois

Résultats scintigraphie osseuse récente (**OBLIGATOIRE**)

Résultats TDM récent (**OBLIGATOIRE**)

Traitement en cours :

Pathologie inflammatoire ou infectieuse ? – préciser