

DEMANDE D'EXAMEN TOMOSCINTIGRAPHIE PAR EMISSION DE POSITONS (TEP) CHOLINE

(Merci de le remplir lisiblement)

Date de la demande :

MEDECIN DEMANDEUR

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

PATIENT

NOM : Prénom.....
Date de naissance : **TELEPHONE** (Indispensable).....
Adresse :

Hospitalisé(e) : OUI NON

Si oui établissement d'hospitalisation :

Service :

Tél. Service :

Diabète OUI NON

Si oui, traitement

Poids : Taille :

Absence de grossesse vérifiée OUI NON

Valide OUI NON

Continent OUI NON

Claustrophobe OUI NON

TRAITEMENTS ANTERIEURS [toujours préciser date dernier traitement]

- Chirurgie tumorale → date intervention :
- Chimiothérapie → date dernière cure :
- Radiothérapie → date dernière séance :
- Aucun
- PSA sur 6 derniers mois :

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).....