

**CENTRE DE MEDECINE NUCLEAIRE**  
**CENTRE TEP**  
**1, Rue du Capitaine Drillien – 71100 CHALON SUR SAONE**  
**Tél. : 03.85.46.99.10 - Fax : 03.85.46.99.11**

DEMANDE D'EXAMEN **TOMOSCINTIGRAPHIE PAR EMISSION DE POSITONS (TEP) AU FDG**  
(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  autre - préciser.....

**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).....