

**DEMANDE D'EXAMEN TEP – TDM**

à renvoyer par FAX (04.32.75.37.17) ou Mail (secretariat-tep@ch-avignon.fr)

**PATIENT**

NOM ..... Date de Naissance \_\_/\_\_/\_\_\_\_  
 PRENOM ..... F  M   
 Adresse .....  
 .....  
 code postal ..... ville .....  
 Tél domicile ..... Tél portable .....

Externe  Hospitalisé

Valide  Claustrophobe  
 Chaise  Isolement  
 Lit

**Etablissement** .....

**ORIGINE DE LA DEMANDE** Date de la demande \_\_/\_\_/\_\_\_\_  
**Médecin demandeur** ..... Service .....

**Tampon service:**

Adresse ..... Tél ..... Fax .....

**Date Souhaitée de l'Examen** : .....

**MOTIF DE LA DEMANDE** : .....

**Infos Patients :**

**Indications :**

- Oncologique
- Cérébrale
- Infectieux Inflammatoire
- Autres

**Type d'examen :**

- FDG
- DOPA
- CHOLINE
- CARDIAQUE
- PROTOCOLE
- PSMA

-Poids  Taille

-Date des dernières règles \_\_/\_\_/\_\_\_\_

-Moyen de contraception  oui  non

-Diabète  oui  non  Insulinodépendant

-PSA : .....

**TRAITEMENTS ANTERIEURS**

Chirurgie	date chirurgie	...../...../.....	nature	.....
Chimiothérapie	date dernière cure	...../...../.....	prochaine cure prévue	.....
Immunothérapie	date début	...../...../.....		.....
Radiothérapie	date dernière séance	...../...../.....	début de traitement prévu	.....
Corticothérapie / csf	préciser	.....		.....
Infection intercurrente	préciser	.....		.....

**RESUME HISTOIRE CLINIQUE – QUESTION POSEE**

<p><b>IMPORTANT</b> Patient à jeun au moins 6 heures avant l'examen ; Pas de perfusion de glucosé</p> <p><b>Immobilité requise de 20 min sous caméra, décubitus dorsal</b></p> <p>Porter les derniers examens d'imagerie.</p>	<p>Présence dans le service</p> <p><b>environ 3 HEURES</b></p>
---	--