



Demande d'examen TEP/TDM

A retourner par fax. 01 46 74 41 91
SELARL - Médecine Nucléaire Paris Sud - 1 Rue Velpeau 92160 Antony
Tél. du service 01 46 74 41 90
Site Internet : <http://medecinenucleaire-parissud.com>

DELAI DEMANDÉ : URGENT 1 SEMAINE AUTRE :

TEP au : ¹⁸FDG ¹⁸FCHOLINE ⁶⁸Ga-PSMA ¹⁸FDOPA ⁶⁸Ga-Somakit/DOTATOC Autre

PATIENT

Nom : Date de naissance :/...../.....

Prénom : Sexe : F M Poids : Taille :

Adresse : DDR :

CP : Ville : Diabète : Non - DID - DNID - Glycémie à jeun :

Patient Externe Hospitalisé Tel (mobile):

Valide Chaise Lit Incontinent urinaire (si oui, sondage indispensable)

Patient dialysé / Jour dialyse : Notion de claustrophobie : Oui Non

ORIGINE DE LA DEMANDE

Date de la demande :/...../..... Médecin demandeur : Service :

Adresse : Tel : Fax :

RÉSUMÉ HISTOIRE CLINIQUE – MOTIF DE LA DEMANDE

Si connus : TNM à priori : Histologie : Marqueurs :

Caractérisation Stadification Etude de la réponse Suspicion récidive Guidage biopsie

TRAITEMENTS ANTÉRIEURS

Chirurgie Date : / / Nature :

Chimiothérapie Dernière cure/ / Prochaine cure:

Radiothérapie Dernière séance/ / Début ttt prévu :

Corticothérapie/Facteurs de croissance : préciser

Immunothérapie : préciser

Merci de joindre les comptes-rendus des imageries récentes : TEP, TDM, IRM, écho