

**CENTRE D'EXPLORATIONS ISOTOPIQUES
SAINT-BRIEUC
SELARL des Docteurs AUFFRET - LE DORTZ - NICOL - ZIAI
Tél : 02.96.01.72.01 Fax : 02.96.01.73.55**

Tous les items sont à remplir pour une bonne prise en charge des rendez-vous. Merci

DEMANDE DE TEP faxée le :

Médecin prescripteur :

Tél/Fax :

Merci d'apporter les anciens examens (échographie, scanner, IRM)

INFORMATIONS PATIENT

NOM

PRENOM

Date de naissance

Adresse :

Tél du domicile

Portable

Si patient hospitalisé préciser le service

Tél du service

Patient à jeun 6 heures avant. Pas de perfusion de glucosé

RENSEIGNEMENTS

Diabétique : non/ oui **Type de traitement ? :**

Antécédent d'allergie à un produit de contraste iodé : non/oui **Type d'allergie :**

Créatinine ou clairance de moins de 3 mois :

Date dernière chimiothérapie :

Poids du patient :

Date dernière radiothérapie :

Date dernière chirurgie :

MOTIF DE LA DEMANDE – INDICATION