

# Formulaire PETSCAN A LA CHOLINE

## Centre d'Explorations Isotopiques

SELARL des Docteurs AUFFRET – CARAI - LE DORTZ – NICOL – ZIAI

Site CHP Saint-Grégoire – 6 Bd de la Boutière – 35760 Saint-Grégoire

Tél : **02.99.23.32.99** – Fax : **02.99.23.32.97** - Email : [contactpetscan@gmail.com](mailto:contactpetscan@gmail.com)

Transmission des résultats par messagerie sécurisée Apicrypt : [centre-explo.iso@medical35.apicrypt.org](mailto:centre-explo.iso@medical35.apicrypt.org)  
Plan d'accès et prise de RDV en ligne sur notre site web : [www.scintigraphie-tep.fr](http://www.scintigraphie-tep.fr), rubrique Espace médical

Demande de TEP à la Choline envoyée le :

RDV le :

Médecin prescripteur :

Date souhaitée :

Lieu d'exercice :

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

### INFORMATIONS PATIENT

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Poids :

Tél. domicile :

Portable :

Si patient hospitalisé :

Tél. du service :

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

### RENSEIGNEMENTS

Diabétique : oui / non

Taux de PSA :      ng/ml.

Patient valide : oui / non

Temps de doublement (en mois) :

Atcd d'hypersensibilité PDC iodé : oui / non

Prostatectomie : oui / non      Date :

Type d'allergie :

Radiothérapie : oui / non      Date :

Créat. ou clairance < à 3 mois :

Chimiothérapie : oui / non      Date :

Hormonothérapie en cours : oui / non

### MOTIF DE LA DEMANDE – INDICATION