

Formulaire PETSCAN A LA DOPA

Centre d'Explorations Isotopiques

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

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

Demande de TEP envoyée le :

RDV le :

Médecin prescripteur :

Date souhaitée :

Lieu d'exercice :

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

Si indication oncologique, renseigner :

- Patient valide : oui / non

- Ki 67 (%) :

- ATCD d'hypersensibilité PDC iodé : oui / non

- Grade G1/G2/G3 :

Type d'allergie :

Si indication neurologique :

- Créat. ou clairance < à 3 mois :

- Côté de l'atteinte dominante : Droite / Gauche

- Traitement anti-parkinsonien : oui / non

Si oui, arrêt du traitement 12h avant

INDICATION

NEUROLOGIQUE

ONCOLOGIQUE

