

Demande de TEP à la DOPA 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 :

Taille :

Si patient hospitalisé :

Tél. du service :

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

RENSEIGNEMENTS

Diabétique : oui / non

Patient valide : Debout / Fauteuil / Brancard

Atcd d'hypersensibilité PDC iodé : oui / non

Si oui, type d'allergie :

Créat. ou clairance < à 3 mois :

Si indication oncologique, renseigner :

- KI 67(%) :

- Grade G1 / G2 / G3

Si indication neurologique :

- Côté de l'atteinte dominante : Droite / Gauche

- Traitement anti-parkinsonien : oui / non

Si oui, arrêt du traitement 12h avant

INDICATION

☐ NEUROLOGIQUE

☐ ONCOLOGIQUE