

Demande de TEP au FDG 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

Type de traitement :

Patient valide : Debout / Fauteuil / Brancard

Date chirurgie :

Atcd d'hypersensibilité PDC iodé : oui / non

Radiothérapie : oui / non      Date :

Si oui, type d'allergie :

Chimiothérapie : oui / non      Date :

Créat. ou clairance < à 3 mois :

### MOTIF DE LA DEMANDE – INDICATION