

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