

Demande de TEP PSMA 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 4 heures avant. Pas de perfusion de glucosé.

RENSEIGNEMENTS

Diabétique : oui / non	Taux de PSA : ng/ml
Patient valide : Debout / Fauteuil / Brancard	Temps de doublement (en mois) :
Atcd d'hypersensibilité PDC iodé : oui / non	Prostatectomie : oui / non Date :
Si oui, 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