

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