

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