

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