

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 Si indication oncologique, renseigner :  
Patient valide : Debout Fauteuil Brancard - KI 67(%) :  
Atcd d'hypersensibilité PDC iodé : oui non - Grade G1 G2 G3  
Si oui, type d'allergie : Si indication neurologique :  
Créat. ou clairance < à 3 mois : - Côté de l'atteinte dominante : Droite Gauche  
- Traitement anti-parkinsonien : oui non  
*Si oui, arrêt du traitement 12h avant*

### INDICATION

- NEUROLOGIQUE
- ONCOLOGIQUE