

Demande de TEP au FNA 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 :	

## RENSEIGNEMENTS

Diabétique :	oui	non	Type de traitement :			
Patient valide :	Debout	Fauteuil	Brancard	Date chirurgie :		
Atcd d'hypersensibilité PDC iodé :	oui	non	Radiothérapie :	oui	non	Date :
Si oui, type d'allergie :			Chimiothérapie :	oui	non	Date :
Créat. ou clairance < à 3 mois :						

## MOTIF DE LA DEMANDE – INDICATION