

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