

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