

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