

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