

Demande d'examen TEP/TDM - Fax : 02 32 08 24 87
Tel RDV : 02 32 08 24 86 (Rouen) - 02 32 08 29 89 (Le Havre)

PATIENT NOM :		Prénom.....		<input type="checkbox"/>
	Fauteuil			
Date de naissance		Poids	<input type="checkbox"/>	Lit
Adresse		Taille	<input type="checkbox"/>	Brancard
			<input type="checkbox"/>	Piéton
	<i>Ou coller étiquette</i>	Téléphone		
<i>(INDISPENSABLE de disposer du n° joignable le jour de l'examen)</i>				
		Hospitalisé	<input type="checkbox"/>	Externe <input type="checkbox"/>

MEDECIN PRESCRIPTEUR :		Date de la demande
Spécialité	Tel ou BIP :	
Etablissement UF	Fax	

Date des dernières règles	Contraception	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Ménopause	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Glycémie à jeun			Insuline	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Diabète	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		Si oui, traitement	
Corticothérapie	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			
Inflammation ou infection	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		Si oui, laquelle	
Claustrophobie	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		Site veineux implantable	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Chimiothérapie	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Date de la dernière cure	/	/
		Date de la prochaine cure	/	/
Radiothérapie	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Date de fin	/	/
Chirurgie	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Date de la dernière chirurgie	/	/
Facteurs de croissance	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Date de fin de traitement	/	/

ORGANE				
HISTOLOGIE	Stade	T	N	M

INDICATION DE LA TEP	<input type="checkbox"/> Avis de comité	<u>Si suivi de la maladie, préciser</u>
<input type="checkbox"/> Diagnostic de malignité		<input type="checkbox"/> Recherche systématique de récurrence
<input type="checkbox"/> Surveillance d'un traitement		<input type="checkbox"/> Augmentation d'un marqueur tumoral. Lequel ?
<input type="checkbox"/> Stadification plus précise de la maladie		<input type="checkbox"/> Bilan préopératoire d'une récurrence opérable
<input type="checkbox"/> Suivi de la maladie		<input type="checkbox"/> Apparition d'une image anormale
<input type="checkbox"/> Bilan pré-radiothérapie		<input type="checkbox"/> Persistance de masse résiduelle
<input type="checkbox"/> Autre (préciser, surtout si pathologie non cancérologique, traceur hors FDG ou protocole de recherche)		

RÉSUMÉ CLINIQUE ET/OU QUESTIONS POSÉES (joindre une copie des derniers examens d'imagerie en rapport)
Délai souhaité : <input type="checkbox"/> <72h <input type="checkbox"/> 1 s <input type="checkbox"/> 2 s <input type="checkbox"/> 3 s <input type="checkbox"/> non urgent