



CENTRE
HOSPITALIER
SARREGUEMINES

DEMANDE D'EXAMEN TEP-TDM¹⁸FDG ou autre

☎ 03 87 27 37 31 - 📠 03 55 45 81 26

secmn@ch-sarreguemines.fr

Médecin Prescripteur :

Date demande : .../.../....

Médecin traitant :

PATIENT

NOM :

Prénom :

Date de naissance : .../.../....

Adresse :

Tél. :

.....

Port :

Sexe : M F

Poids : kg

Taille.....cm

Diabète : Non

Oui

INSULINE : Non

Oui

Contraception : Non

Oui

D.D.R. : .../.../....

Ménopause

INDICATION DE L'EXAMEN

Broncho-pulmonaire

Digestif

Hodgkin

Lymphome NH

ORL

Mélanome

Autre :

Diagnostic de malignité

Bilan initial

Suspicion / Bilan de récidence

Evaluation de la réponse thérapeutique

ANTECEDENTS THERAPEUTIQUES

Chirurgie*

non

oui

date : .../.../....

laquelle :

Chimiothérapie*

non

oui

date dernière cure : .../.../....

Radiothérapie*

non

oui

date de fin : .../.../....

Facteurs de croissance

non

oui

date d'arrêt : .../.../....

* La TEP- FDG doit être faite à distance : **Chirurgie > 6 sem. Radiothérapie > 3 mois, Chimiothérapie > 2-3 sem. (en fonction du protocole)**

CLINIQUE : ATCD, histoire de la maladie, examens morphologiques récents et **incidence attendue** du TEP et/ou courriers consultations et hospitalisation joints.

.....
.....
.....
.....
.....

TRAITEMENT Antibiotique / Corticoïde / :