



Hôpital Robert PAX - Service de médecine nucléaire

Tél : 03.87.27.37.31 (choix n°2)

Fax : 03.55.45.81.26

E-mail : secmn@ch-sarreguemines.fr

DEMANDE D'EXAMEN TEP-TDM ¹⁸FDG OU AUTRE (CHOLINE/FDOPA/VIZAMYL)

MEDECIN DEMANDEUR : Tampon* et signature (obligatoires) :

*Ou à défaut, nom et n° RPPS

Date de la demande :/...../.....

PATIENT

Externe

Hospitalisé

Etablissement demandeur :

Nom service :

Tél service :

Fax service :

Nom : Prénom :

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

Adresse :

Tél :

.....

Portable :

Sexe : M F

Poids : kg

Taille : cm

Diabète : Non Oui

Insuline : Non Oui

Contraception : Non Oui

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

Ménopausée

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

Recherche de sepsis (siège)

ANTECEDENTS THERAPEUTIQUES

Chirurgie* Non Oui Date :/...../..... Laquelle :

Chimiothérapie* Non Oui Date de 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 > 6sem./Radiothérapie > 3mois/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 / Autre :