



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)

Date de demande : / /

Médecin prescripteur : Médecin traitant :

PATIENT

Externe

Hospitalisé

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 récurrence

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 > 2-3sem.(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 :