

 <p>Centre Hospitalier Boulogne sur Mer</p> <p>MEDECINE NUCLEAIRE</p>	<h2>DEMANDE DE TEP-SCAN (18FDG)</h2>	Réf : GED-0256
		Version : 1
		Date d'application 12/12/2017

A remplir impérativement pour que la demande soit examinée

Tél. : 03 21 99 30 08 Fax. : 03 21 99 39 29

Date de la demande : __ / __ / ____

PATIENT

Nom : Prénom :
 Nom de naissance : Date de naissance : __ / __ / ____
 Sexe : M F Taille : Poids :

Adresse :

 CP : ____ Ville :
 ☎ : __ / __ / __ / __ / __ 📠 : __ / __ / __ / __ / __ Prof : __ / __ / __ / __ / __

Contraception efficace : OUI NON Si oui, type :
 Si non, date des dernières règles : __ / __ / ____

Diabétique : NON DID DNID, traitement à préciser :

Le patient est-il valide ? (fauteuil, brancard mobilité...) OUI NON
 Le patient est-il claustrophobe ? OUI NON
 Le patient est-il incontinent ? OUI NON

TRAITEMENT ANTERIEURS

Chirurgie tumorale Date de dernière intervention : __ / __ / ____
 Chimiothérapie Date de dernière cure : __ / __ / ____
 Radiothérapie Date de dernière séance : __ / __ / ____
 Autre :

INDICATION

Localisation tumorale	Indication

MEDECIN PRESCRIPTEUR (tampon ou renseigner)

Docteur : Spécialité : Service : ☎ : __ / __ / __ / __ / __	Si le patient est hospitalisé : Etablissement : Service : ☎ : __ / __ / __ / __ / __
--	---

Signature :