



## DEMANDE DE TEP-SCAN A LA 18FCHOLINE

Réf : GED-0257

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 : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

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

Prostate : .....  
 .....  
 Carcinome hépato-cellulaire : .....  
 .....

### MEDECIN PRESCRIPTEUR (tampon ou renseigner)

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

**Signature :**