



DEMANDE DE TEP-SCAN A LA 18F DOPA

Réf : GED-0258

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

.....

MEDECIN PRESCRIPTEUR (tampon ou renseigner)

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

Signature :