

Médecine Nucléaire

Hôpital de Brabois

Secrétariat : 03 83 15 39 11

# CENTRE HOSPITALIER REGIONAL UNIVERSITAIRE DE NANCY

Service de Médecine Nucléaire

**FORMULAIRE DE DEMANDE DE TEP**

(Tomoscintigraphie par Emisssion de Positons)

à adresser de préférence par email à [rdvtepscan@chru-nancy.fr](mailto:rdvtepscan@chru-nancy.fr)

ou par fax au numéro : 03 83 15 44 78

MERCI DE JOINDRE LE DERNIER COMPTE-RENDU DE CONSULTATION ou D’hospitalisation A CETTE DEMANDE

|  |
| --- |
| **Date de demande** : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.  **Patient,** **Nom: Prénom :**  **ETIQUETTE**  (facultatif)  **Date de naissance** : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.  Adresse :  Téléphone : Email :  **POIDS (kg, obligatoire) :**   **Taille (cm)** :  Pour l’examen, le patient sera :  en externe  hospitalisé, et préciser alors dans quel service : |
| **Médecin SENIOR demandeur.** Nom: Prénom :  Service ou lieu d’exercice : E-mail : Téléphone : |
| **TEP FDG** |
| **TEP Choline** |
| **TEP DOPA** |
| **TEP PSMA** |
| **TEP DOTATOC** |
| **AUTRE** |
| **RESUME HISTOIRE DE LA PATHOLOGIE TUMORALE :** |
| **TRAITEMENTS ANTERIEURS (toujours préciser la date du dernier traitement) :**   * Chirurgie tumorale, date d’intervention * Chimiothérapie, date de dernière cure * Radiothérapie, date de dernière séance * Pathologie inflammatoire ou infectieuse ? Préviser : |
| **Délai souhaité :** < 1 semaine < 2 semaines < 1 mois autre (préciser) : |
| **Diabète :**   OUI  NON - si OUI, équilibré **:**   OUI  NON - **Insuline** **:**   OUI  NON  **Risque de grossesse** ?  **OUI** et alorsun dosage de βHCG est-il déjà prévu : OUI, NON ?  **NON** car  contraception efficace,  ménopause,  opérée,  autre : |