

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

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 :  |