**Date de la demande :** \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_

**Type examen :**  ⬜ TEP FDG ⬜ TEP CHOLINE ⬜ TEP PSMA ⬜ TEP DOPA

 **Dernier taux PSA : Dernier taux PSA :**

**Délai souhaité :** URGENT ⬜ Dès que possible ⬜ ou date programmée : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Patient :**

**Nom : Patient(e) Hospitalisé(e)**  ⬜ service : Tel :

**Prénom : Patient Externe** ⬜

**Date de naissance :**

**Numéro de téléphone :**  \* **Poids : \* Taille :**

Validité du patient : Valide ⬜ Fauteuil ⬜ Brancard ⬜

Claustrophobie : Oui ⬜ Non ⬜

**Pour les femmes :**

Contraception : Oui ⬜ Non ⬜ Date des dernières règles :

**Antécédents :**

OUI NON

⬜ ⬜ **Diabète** ⬜ **Insuline** ⬜ **Antidiabétiques oraux**

⬜ ⬜ Chirurgie récente Type : Date :

⬜ ⬜ Chimiothérapie Dernier TT le : Prochain le :

⬜ ⬜ Radiothérapie Dernier TT le : Site :

⬜ ⬜ Autre TT à préciser (immunoT corticoT, ATB, facteurs de croissances)

⬜ ⬜ Dialyse, jours :

|  |
| --- |
| **Indications, renseignements cliniques :**Examens TEP ou imageries antérieurs : Oui ⬜ Veuillez joindre les derniers Cr à la demande Non ⬜ |

**Rappels : jeûne de 6h avant examen, pas de perfusion de glucose, pas d’insuline 6h avant, arrêt alimentation entérale et parentérale 6h avant**

**Médecin prescripteur : Signature / tampon**

 ***(avec RPPS pour activer code diffusion CR et images sur notre portail)***

**Tel :**

**Fax :**