

Tél : 01 89 29 98 25

Fax : 01 85 39 01 93

Mail : secretariat@spyn.fr

DEMANDE DE TEP SCAN

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 :