

# EXAMEN TEP/TDM AU FDG

FAX : 05.62.21.16.65

Date de la demande :

**Nous faxer SVP le compte rendu des derniers scanners et IRM**

## PATIENT

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Téléphone :

Adresse :

## MEDECIN DEMANDEUR

Nom :

Tel :

Fax :

Tel secrétariat :

## INDICATION et QUESTION POSEE :

Délai souhaité :  1 semaine  2 semaines  Autre :

## TRAITEMENTS ANTERIEURS

- Chirurgie < 6 mois et date intervention :
- Chimiothérapie : date dernière cure :
- Radiothérapie : date dernière séance :
- Facteurs de croissance :
- Autres (biopsies, prothèses métalliques :

Poids du patient :                      kg

Diabétique :  oui  non  DID  DNID      Glycémie :

Pathologie infectieuse ou inflammatoire intercurrente :

Patient valide :                       oui  non

Patient continent :                       oui  non                      si non => sonder

Patiente ménopausée :                       oui  non

Contraception :    DDR :