	DEMANDE D'EXAMEN **TEP/TDM AU 18F-FDG**	**PCD-IM-001-F1**	Version : **06**
		Date de mise en application : 17-OCT-2022	Page 1 de 1

Service de médecine nucléaire - CHU de Pointe-à-Pitre/Abymes 97159 Pointe à Pitre cedex
Tel : 05.90 44.80.81 - FAX : 05.90.89.12.11 / Email : sec.medecine-nucleaire@chu-guadeloupe.fr

PRESCRIPTEUR

Dr : .....
Service : .....
Tél. : .....
Fax : .....
Email : .....
Médecin Traitant : Dr .....
Date de la demande : .....

Tampon prescripteur

PATIENT

Nom : .....
Nom de jeune fille : .....
Prénom : .....
Date de naissance : ..... / ..... / .....
Adresse : .....
.....
Tél. fixe : ..... / Tél. portable : 0690.....
Email : .....
POIDS : .....… kg **Taille** .....cm

Diabète : ☐ Oui ☐ Non
Si oui, traitement du diabète (ADO et/ou schéma insulinique) : .....

Contraception ? ☐ Oui ☐ Non. **Si non, prescrire BHCG la veille de l'examen.** / Ménopause ? ☐ Oui ☐ Non.

Patient **valide** : ☐ OUI ☐ NON Patient **continent** : ☐ OUI ☐ NON

INFORMATIONS MEDICALES

Indication de la TEP : .....
.....

⇨ SI TEP EN CANCEROLOGIE : Localisation du cancer et date de diagnostic : .....
Type anatomopathologique : .....
☐ Traitement chirurgical : .....
☐ Chimiothérapie : date d'initiation : ..... date de la dernière cure : .....
☐ Radiothérapie : localisation et date de la fin de la radiothérapie : .....
☐ Hormonothérapie : date d'initiation : ..... date de la dernière cure : .....
☐ Thérapie ciblée : date d'initiation : ..... date de la dernière cure : .....
☐ Immunothérapie : date d'initiation : ..... date de la dernière cure : .....

Date souhaitée de l'examen : ..... Signature du Médecin prescripteur : .....