

FICHE DE DEMANDE DE RENDEZ-VOUS D'EXAMEN TEP-TDM AU 18FDG

NOM DU MEDECIN DEMANDEUR (adresse, Téléphone, Télécopie, service)

RENSEIGNEMENT PATIENT

Nom _____ Prénom _____ Date de naissance _____

Adresse _____

Téléphone _____ Poids (indispensable pour la commande du produit) _____ Taille _____ Sexe _____

HISTOIRE DE LA MALADIE (histologie, résultats d'examens morphologiques récents, marqueurs biologiques, derniers traitements ...)

Pathologie explorée

localisation primitive connue

origine primitive inconnue

Si oui, localisation et histologie :

Indication TEP

diagnostic de malignité

bilan d'extension initial

réponse thérapeutique

suspicion/bilan de récidence

autres _____

Antécédents thérapeutiques récents

Chimiothérapie -date de la dernière cure _____

Chirurgie -date de fin de traitement _____

Radiothérapie -date de fin de traitement _____

Facteur de croissance -date de dernière injection _____

Diabète (DID ou DNID)

oui non

Si connue, glycémie à jeun :mmol/l

Prise de corticoïdes ou de traitement potentiellement hyperglycémiant ou localisation pancréatique :

oui non

Allergie à l'iode et/ou terrain atopique

oui non

Insuffisance rénale

oui non

Si connue, créatininémie :µmol/l

Divers

Le patient peut tenir allongé plus d'une heure

OUI NON

Contexte infectieux récent

OUI NON

LE PATIENT PEUT-IL SE DEPLACER SEUL SANS AIDE

OUI NON

Aménorrhée* oui non

Contraception* oui non

DDR :

* si NON, test BHCG 48 heures avant l'examen.

RAPPEL : En cas de chimiothérapie, il faut programmer l'examen le plus loin possible après la dernière cure (minimum de 15 jours). En cas de prise de facteur de croissance granulocytaire, un délai d'au moins 5 jours après la dernière injection est souhaitable. Pour rechercher une récidence en région opérée, il faut attendre au minimum 2 à 3 mois. Pour rechercher une récidence en territoire irradié, il faut attendre au moins 4 à 6 mois. Le patient doit être à jeun depuis 6 heures (PAS DE PERFUSION DE GLUCOSE).

DATE DE RENDEZ-VOUS SOUHAITEE ET NUMERO DE FAX POUR NOTRE CONFIRMATION DE LA DATE

DATE _____ FAX _____

Nous nous chargeons de prévenir votre patient de la date de son rendez-vous de TEP-TDM.