

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

MÉDECIN PRESCRIPTEUR :

Nom – Prénom – Tél: _____
Fax : _____ Service : _____

RENSEIGNEMENTS PATIENT

Patient(e) hospitalisé(e) : Sexe : M F

Nom _____ Prénom _____ Date de naissance _____

Adresse _____

Téléphone _____ Poids : _____ kg Taille : _____ cm

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 récurrence
 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

Le patient peut tenir allongé plus d'une heure : OUI NON

Contexte infectieux récent : OUI NON

LE PATIENT PEUT-IL SE DÉPLACER 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 récurrence en région opérée, il faut attendre au minimum 2 à 3 mois.

Pour rechercher une récurrence en territoire irradié, il faut attendre au moins 4 mois. **Le patient doit être à jeun depuis 6 heures (PAS DE PERFUSION DE GLUCOSE).**

DATE DE RENDEZ-VOUS SOUHAITÉE :

Le : _____

NUMÉRO DE FAX POUR CONFIRMATION DU RDV :

Fax : _____

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