

FICHE DE DEMANDE DE RENDEZ-VOUS DE TEP-FDG CEREBRALE

NOM DU MEDECIN DEMANDEUR (Adresse, Téléphone, Fax, Service)

RENSEIGNEMENT PATIENT

hospitalisé (e)

externe (**important à renseigner**)

Nom _____ Prénom _____ Date de naissance _____

Adresse _____

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

HISTOIRE DE LA MALADIE (Bilan neuropsychologique, ponction lombaire, IRM crano-céphalique, hypothèse(s) diagnostique(s))

Diabète (DID ou DNID)

oui non

Si connue, glycémie à jeun :mmol/l

Prise de corticoïdes ou de traitement potentiellement hyperglycémiant : oui non

Divers

Le patient peut tenir allongé plus d'une heure

OUI

NON

LE PATIENT PEUT-IL SE DEPLACER SEUL **SANS AIDE**

OUI

NON

Aménorrhée* oui non

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

RAPPEL : 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.