

**FICHE DE DEMANDE DE RENDEZ-VOUS D'EXAMEN**  
**TEP-TDM A LA CHOLINE POUR EXPLORER LES PARATHYROIDES**

**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 \_\_\_\_\_

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

**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 : 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.**