

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.