

**FICHE DE DEMANDE DE RENDEZ-VOUS D'EXAMEN**  
**TEP-TDM A LA CHOLINE (PROSTATE)**

**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**

(histologie, résultats d'exams morphologiques récents, marqueurs biologiques, derniers traitements...)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

Hormonothérapie

date de la dernière prise \_\_\_\_\_

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

**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 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.**