



CENTRE INTER-REGIONAL DE TOMOGRAPHIE  
PAR EMISSION DE POSITONS (CIRTEP)

FORMULAIRE DE DEMANDE D'EXAMEN TEP  
TEP DE CENTRAGE BRIVE

Date de la demande : .....  
Délai souhaité : ..... Date du scanner de centrage : .....

**IDENTIFICATION PATIENT :**

Nom : ..... Prénom : ..... Poids : kg Taille :  
Date de naissance : ..... Valide :  OUI  NON  
Adresse : .....  
Téléphone domicile : ..... Portable : .....  
Adresse mail : .....  
Patient prévenu de la demande :  OUI  NON

**MEDECIN DEMANDEUR :**

Nom : .....  
Adresse ou service : .....  
Téléphone : ..... Fax : .....  
E-mail : .....@.....

**MEDECIN TRAITANT :**

Nom :

**RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :**

DEJA VENU EN TEP :  OUI  NON

Date de découverte (ou de premier traitement) du cancer : .....  
Siège du primitif : .....  
→ Stade TNM : ..... Histologie : .....

*Merci de joindre le dernier compte-rendu du scanner et/ou IRM de moins de six mois.*

**TEP de centrage :**  Thyroïde  ORL  Pelvis  Œsophage  Poumon  Autres : .....

**Bilan d'extension**

**TEP en vue d'une radiothérapie :**

Thyroïde  ORL  Pelvis  Œsophage  Poumon

Autres : .....  
 1/3 sup

**Position particulière ?** .....

Diabète ?  OUI  NON Dérivés de la Metformine : .....

Insuffisance rénale  OUI  NON Dialyse : .....

**Traitement(s) antérieurs(s) :**

- Chirurgie tumorale → date dernière intervention..... ou date prévue .....
- Chimiothérapie → date dernière cure ..... date prochaine cure .....
- Radiothérapie → date dernière séance .....
- Facteur de croissance

**Rappel des contre-indications :** Grossesse - Incapacité à maintenir la position immobile

**Précautions particulières :** troubles des fonctions supérieures, claustrophobie, incontinence, diabète déséquilibré.

**Réservé à la médecine nucléaire :**

STANDARD  PDCI

F. LAPEYRE  R. MARTAILLE-RICHARD  L. ALLAINMAT