



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

**FORMULAIRE DE DEMANDE D'EXAMEN  
TEP SCANNER**

Date de la demande : .....

Délai souhaité :  1 sem  2 sem  1 mois  avant la prochaine consultation du : .....

**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.***

**Indication, contexte clinique :**

.....  
.....  
.....

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 a la médecine nucléaire :**

- Standard  Micropaque  Lasilix  PDCI  
 CE  
 ORL  
 SD inflammatoire  F. LAPEYRE  R. MARTAILLE-RICHARD  L. ALLAINMAT