



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

**FORMULAIRE DE DEMANDE D'EXAMEN TEP
METABOLISME CEREBRAL**

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

Indication, contexte clinique :

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

Le (a) patient (e) a-t-il (elle) des antécédents de néoplasie ?

Si oui, veuillez préciser le type et l'état carcinologique actuel (exploration corps entier si justifiée)

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

→ Diabète ? Oui Non

Traitement(s) antérieurs(s) :

.....
.....

Rappel des contre-indications : Grossesse – Incontinence – Diabète mal équilibré –

Troubles des fonctions supérieures : Claustrophobie ; Incapacité à maintenir la position immobile

Réservé à la médecine nucléaire :

F. LAPEYRE R. MARTAILLE-RICHARD L. ALLAINMAT