



**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

Médecin demandeur :

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

Médecin 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