

Toute demande la plus complète possible permettra une prise de rendez-vous rapide et adaptée.

TYPE D'EXAMEN TEP :	Date de la demande :
<input type="checkbox"/> TEP FDG	<input type="checkbox"/> TEP Cérébrale
<input type="checkbox"/> TEP F-Choline : joindre les résultats du dosage des PSA des 12 derniers mois	
<input type="checkbox"/> TEP F-Choline Parathyroïdes : joindre les résultats de l'échographie parathyroïdienne + bilan TSH	
<input type="checkbox"/> URGENT (moins d'une semaine) <input type="checkbox"/> NON URGENT (plus d'une semaine)	<input type="checkbox"/> Patient hospitalisé
JOINDRE FICHE RCP SI DISPONIBLE ou COURRIER D'HOSPITALISATION	

Merci de nous envoyer la demande soit par : fax au 02.54.90.27.03 ou par mail : blois@leciber.fr

MEDECIN PRESCRIPTEUR :

N° fax : N° tél : @ :

PATIENT	Adresse :
Nom :	
Prénom :	
Date de naissance :	Tél fixe :
Sexe : <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin	Tél portable :

Poids : **kg, Taille :** **cm (indispensable pour la commande du produit)**

Joindre fiche RCP - RENSEIGNEMENTS CLINIQUES
Patient diabétique : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Préciser : <input type="checkbox"/> DID <input type="checkbox"/> DNID, Si Metformine et atteinte digestive (arrêt du traitement 3 jours avant si possible)
Corticothérapie : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Date et lieu de l'examen TEP précédent :

INDICATION
<input type="checkbox"/> Diagnostic de malignité <input type="checkbox"/> Bilan d'extension initial
<input type="checkbox"/> Suspicion ou bilan de récidence <input type="checkbox"/> Evaluation de la réponse thérapeutique/maladie résiduelle
<input type="checkbox"/> Contourage radiothérapie <input type="checkbox"/> Recherche de foyer infectieux
<input type="checkbox"/> Rhumatologie <input type="checkbox"/> Neurologie (troubles cognitifs/épilepsie)

LOCALISATION TUMORALE	LOCALISATIONS SECONDAIRES
<input type="checkbox"/> ORL <input type="checkbox"/> Poumons <input type="checkbox"/> Digestif	<input type="checkbox"/> Os <input type="checkbox"/> Poumon
<input type="checkbox"/> Colo-rectum <input type="checkbox"/> Uro-génital <input type="checkbox"/> Gynécologique	<input type="checkbox"/> Foie <input type="checkbox"/> Cerveau
<input type="checkbox"/> Maladie de Hodgkin <input type="checkbox"/> Lymphome <input type="checkbox"/> Mélanome	<input type="checkbox"/> Ganglions <input type="checkbox"/> Autres
<input type="checkbox"/> Prostate (PSA =) <input type="checkbox"/> Autre (préciser)	

ANTECEDENTS THERAPEUTIQUES AU COURS DES 6 DERNIERS MOIS
--

<p>CHIMIOThERAPIE</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Date de la dernière cure :</p> <p>Date prévue de la prochaine cure :</p> <p>IMMUNOTHERAPIE</p> <p>En cours <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Date dernière prise :</p>	<p>RADIOTHERAPIE</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Site :</p> <p>Date de fin :</p> <p>FACTEUR DE CROISSANCE</p> <p><input type="checkbox"/> Oui Date d'arrêt prévisible :</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p>
--	---

RESUME CLINIQUE (histoire de la maladie, résultats d'examens morphologiques récents, histologie de la tumeur, marqueurs tumoraux, derniers traitements).

Merci de joindre la dernière fiche RCP si existante ou dernier courrier médical.

Signature