

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

TYPE D'EXAMEN TEP : à cocher

Date de la demande : Le / / 2025

TEP FDG  TEP Cérébrale  TEP F-Choline : joindre le dosage des PSA des derniers mois

TEP PSMA

TEP F-Choline Parathyroïdes : joindre les résultats de l'échographie parathyroïdienne + bilan PTH

URGENT (moins d'une semaine)  NON URGENT (plus d'une semaine)  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 ou en cas d'urgence : examurgent.41@leciber.fr

### MÉDECIN PRESCRIPTEUR :

N° fax :

N° Tél :

Mail :

#### PATIENT

Nom :

Prénom :

Date de naissance

Tél portable :

Tél fixe :

Adresse :

Sexe :  Masculin  Féminin

Poids : Kg :

Taille : Cm :

(Indispensable pour la commande du produit)

Parcours patient complexe multi-site :  Oui  Non

### Joindre fiche RCP - RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Patient diabétique :  Oui  Non

Date et lieu de l'examen TEP précédent :

Préciser :  DID  DNID

Corticothérapie :  Oui  Non

Si Metformine et atteinte digestive (arrêt du traitement 3 jours avant si possible)

### INDICATIONS

Diagnostique de malignité

Suspicion ou bilan de récurrence

Contourage radiothérapie

Rhumatologie

Bilan d'extension initial

Évaluation de la réponse thérapeutique/maladie résiduelle

Recherche de foyer infectieux

Neurologie (troubles cognitifs/épilepsie)

#### LOCALISATIONS TUMORALES

ORL

Colo-rectal

Maladie de Hodgkin

Prostate (PSA = )

TNE

Poumons

Rein

Lymphome

Mélanome

Autre (préciser)

Sein

Endomètre

Ovaire

Col

#### LOCALISATIONS SECONDAIRES

Os

Foie

Ganglions

Poumons

Cerveau

Autres

### ANTÉCÉDENTS THÉRAPEUTIQUES

#### CHIMIOTHÉRAPIE

Oui  Non

Date de la dernière cure :

Date prévue de la prochaine cure :

#### IMMUNOTHÉRAPIE

En cours :  Oui  Non

Date dernière prise :

#### RADIOTHÉRAPIE

Oui  Non

Site:

Date de fin :

#### FACTEUR DE CROISSANCE

Oui  Non

Date d'arrêt prévisible :

#### CHIRURGIE

Oui  Non

Site:

Date :

RÉSUMÉ CLINIQUE (histoire de la maladie, examens d'imagerie récents, histologie, marqueurs tumoraux, derniers traitements).

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

Signature :