CIBER
MEDECINE NUCLEAIRE

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 resultats 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 02.54.08.87.03 ou par mail : chateauroux@leciber.fr ou en cas d'urgence : examurgent36@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
Préciser : ☐ DID ☐ DNID
Corticothérapie : ☐ Oui ☐ Non

Date et lieu de l'examen TEP précédent :

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

INDICATIONS

☐ Diagnostique de malignité
☐ Suspicion ou bilan de récidive
☐ Contourage radiothérapie
☐ Rhumathologie
☐ Bilan d'extension initial
☐ Evaluation 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 :