

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

route demande la plus complete possible p	sermettia une prise de remacz-vous rapide et adaptee	
TYPE D'EXAMEN TEP: à cocher	Date de la demande : Le / / 202	<u>2</u> 5
☐ TEP FDG ☐ TEP Cérébrale ☐ TEP F-Choline : joindre le company de la company de l	dosage des PSA des derniers mois	
☐ TEP PSMA		
☐ TEP F-Choline Parathyroïdes : joindre les resultats de l'échograph	ie parathyroïdienne + bilan PTH	
□ URGENT (moins d'une semaine) □ NON URGENT (plus d'une semaine)	maine) Datient hospitalisé	
JOINDRE FICHE RCP SI DISPO	NIBLE 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	r.fr
MÉDECIN PRESCRIPTEUR :		
N° fax: N° Tél: Mail:		
PATIENT Sex	e : Masculin Féminin	
Nom:	ds: Kg:	
Date de naissance	lle: Cm:	
Tél portable : Tél fixe :	dispensable pour la commande du produit)	
Adresse :	sourc patient compleye multi site . \Box \circ : \Box \wedge	
Pare	cours patient complexe multi-site: Oui Non	
	ACCIONENTE CUINIOLICO	
	NSEIGNEMENTS CLINIQUES	
— — — — — — — — — — — — — — — — — — —	amen TEP précédent :	
	teinte digestive (arrêt du traitement 3 jours avant si possible) primé: Oui Non Patient douloureux: Oui Non	
Patient infecté:	— — — — , , , , , , , , , , , , , , , ,	
INDICATIONS		
□ Diagnostique de malignité □	Bilan d'extension initial	
☐ Suspicion ou bilan de récidive ☐	Évaluation de la réponse thérapeutique/maladie résiduelle	
☐ Contourage radiothérapie ☐	Recherche de foyer infectieux	
☐ Rhumathologie ☐] Neurologie (troubles cognitifs/épilepsie)	
LOCALISATIONS TUMORALES	LOCALISATIONS SECONDAIRES	
☐ ORL ☐ Poumons ☐ Sein	☐ Os ☐ Poumons	
☐ Colo-rectal ☐ Rein ☐ Endomètre	☐ Foie ☐ Cerveau	
☐ Maladie de Hodgkin ☐ Lymphome ☐ Ovaire		
☐ Prostate (PSA =) ☐ Mélanome ☐ Col	☐ Ganglions ☐ Autres	
☐ TNE ☐ Autre (préciser)		
ANTÉCÉDENT	S THÉRAPEUTIQUES	
CHIMIOTHÉRAPIE	RADIOTHÉRAPIE CHIRURGIE	
	RADIOTHERAPIE CHIRURGIE CHIRURGIE Oui	
☐ Oui ☐ Non	Site:	
Date de la dernière cure :	Date de fin : Date :	
Date prévue de la prochaine cure :		
<u>IMMUNOTHÉRAPIE</u>	FACTEUR DE CROISSANCE	

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.**

En cours : Oui

Date dernière prise :

□Non

☐ Oui

■ Non

Date d'arrêt prévisible :

Signature: