

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 / / 2026

☐ 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 02.54.90.27.03 ou par mail : blois@leciber.fr ou en cas d'urgence : examurgent41@leciber.fr

MÉDECIN PRESCRIPTEUR :

N° fax : N° Tél : Mail :

Nom : Prénom : Date de naissance Tél portable : Adresse :	<u>PATIENT</u> Tél fixe :	Sexe : ☐ Masculin ☐ Féminin Poids : Kg : Taille : Cm : (Indispensable pour la commande du produit) ☐ Oui ☐ Non
---	--	---

Personne de confiance à contacter si besoin :

Prénom : Nom : Numéro de téléphone :

Joindre fiche RCP - RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Patient diabétique : ☐ Oui ☐ Non Préciser : ☐ DID ☐ DNID Corticothérapie : ☐ Oui ☐ Non Patient infecté : ☐ Oui ☐ Non	Date et lieu de l'examen TEP précédent : Si Metformine et atteinte digestive (arrêt du traitement 3 jours avant si possible) Patient immunodéprimé : ☐ Oui ☐ Non Patient douloureux : ☐ Oui ☐ Non Troubles cognitifs : ☐ Oui ☐ Non (Si oui, prévoir médicament adapté au transfert)
---	---

INDICATIONS

☐ Diagnostique de malignité ☐ Suspicion ou bilan de récive ☐ Contourage radiothérapie ☐ Rhumathologie	☐ 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 :