

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 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 02.54.08.87.03 ou par mail : chateauroux@leciber.fr ou en cas d'urgence : examurgent36@leciber.fr

MÉDECIN PRESCRIPTEUR :

N° fax :

N° Tél :

Mail :

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

Personne de confiance à contacter si besoin :

Prénom :

Nom :

Numéro de téléphone :

Joindre fiche RCP - RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

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

INDICATIONS

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

LOCALISATIONS TUMORALES

<input type="checkbox"/> ORL	<input type="checkbox"/> Poumons	<input type="checkbox"/> Sein
<input type="checkbox"/> Colo-rectal	<input type="checkbox"/> Rein	<input type="checkbox"/> Endomètre
<input type="checkbox"/> Maladie de Hodgkin	<input type="checkbox"/> Lymphome	<input type="checkbox"/> Ovaire
<input type="checkbox"/> Prostate (PSA =)	<input type="checkbox"/> Mélanome	<input type="checkbox"/> Col
<input type="checkbox"/> TNE	<input type="checkbox"/> Autre (préciser)	

LOCALISATIONS SECONDAIRES

<input type="checkbox"/> Os	<input type="checkbox"/> Poumons
<input type="checkbox"/> Foie	<input type="checkbox"/> Cerveau
<input type="checkbox"/> Ganglions	<input type="checkbox"/> Autres

ANTÉCÉDENTS THÉRAPEUTIQUES

CHIMIOTHÉRAPIE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Date de la dernière cure : Date prévue de la prochaine cure : IMMUNOTHÉRAPIE En cours : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Date dernière prise :	RADIOTHÉRAPIE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Site: Date de fin : FACTEUR DE CROISSANCE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Date d'arrêt prévisible :	CHIRURGIE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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 :