

DEMANDE D'EXAMEN TEP-TDM

A adresser par mail : sec.tep@solcrr.org ou par fax : 03 68 58 00 49

18F-FDG

18F-CHOLINE

18F-DOPA

Date de la demande : _____

DATE de la prochaine consultation ou DEBUT de traitement (CHIRURGIE ...) : _____

NOUS VOUS REMERCIONS DE NOUS TRANSMETTRE AVEC LA DEMANDE D'EXAMEN LES DERNIERS COMPTE-RENDUS D'IMAGERIE ET COURRIERS DE CONSULTATION

Les résultats de l'examen, compte-rendu et images complètes et téléchargeables (format DICOM), seront accessibles en ligne au moyen de votre carte CPS ou e-CPS, via le lien <https://espaceps.swmapps.fr/c1702000>

Souhaitez-vous en complément l'envoi par courrier d'un CD de l'examen ? Oui Non

Médecin demandeur

Nom : _____ Prénom : _____ Adresse ou service : _____

Tél : _____ E-mail : _____

Informations patient

Nom : _____ Prénom : _____ Date de naissance : _____

Adresse : _____

Téléphone (de préférence portable) : _____ E-mail : _____

Poids : _____ Taille : _____

Motif de la demande :

Bilan initial/rechute

Réévaluation/Surveillance

Antécédents/Comorbidités :

Diabète (à compléter impérativement si 18F-FDG) : Oui Non
Si Oui : Médicaments : _____ Insuline : _____