DEMANDE D’EXAMEN TEP-TDM

A adresser par mail : [sec.tep@solcrr.org](mailto:sec.tep@solcrr.org)

|  |
| --- |
| **PRIERE DE COMPLETER CE FORMULAIRE EN LETTRES CAPITALES ET LISIBLEMENT, TOUTE DEMANDE INCOMPLETE ET NON LISIBLE NE SERA PAS PRISE EN COMPTE.**  **NOUS JOINDRE SVP LES COMPTES-RENDUS D’IMAGERIE ET COURRIERS DE CONSULTATION**  ☐18F-FDG ☐18F-CHOLINE ☐18F-DOPA ☐18F-PSMA    DATE de la demande :    Délai : ☐ URGENT (< 1 semaine) ☐ DANS LE MOIS ☐ Autres (Intervalle de date précis, avant le : )    **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**](https://espaceps.swmapps.fr/c1702000)  A noter qu’un CD + COMPTE-RENDU partiront par voie postale systématiquement |
| Médecin Sénior demandeur  Nom : ………………………. Prénom : ……………………….  Adresse du service et téléphone (si patient hospitalisé) :  Tél : ……………………………… E-mail (sécurisé de préférence) : ………………………………………………… |
| Informations patient Genre : H ☐ F ☐ Date de naissance :  Nom : ……………………… Nom de Naissance : …………………. Prénom : ……………………………….  Adresse : ……………………………………………………………………………………………………………………………….  Téléphone (portable de préférence) : ……………………. E-mail : ……………………………………….  Personne de confiance – Tél :  Poids : …………kg Taille : ………m……  Validité du Patient : ☐ Valide ☐ Fauteuil ☐ Brancard |
| Motif de la demande : ☐ Bilan initial/Rechute  ☐ Réévaluation/Surveillance  **Traitements intercurrents :**  ☐ Dernière Chimiothérapie (IV) Date : ……………………..……….  ☐ Dernière Radiothérapie Date : ……………………………...  **☐** Dernière Chirurgie Date : …………………………..…. |
| Antécédents/Comorbidités :  Diabète (pour le 18F-FDG) : ☐ Oui ☐ Non  Si Oui : Médicaments oraux : Insuline : |