DEMANDE D’EXAMEN TEP-TDM

A adresser par mail : 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 :  |