



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>

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 :