



Demande de TEP SCAN

A FAXER AU 04.67.58.57.90

Tél SCINTIDOC - Clementville : 04.67.92.27.70

Date de la demande.....

PATIENT

Nom..... Prénom..... Date de naissance.....

Adresse..... **POIDS :** kg

Code postal..... **DIABETE :** NON OUI

Ville..... **DNID :** NON OUI
(arrêt METFORMINE 24 h avant)

Tél domicile..... Tél portable.....

Fax : Email :

N° Sécurité Sociale ___/___/___/___/___/___/___/___/ **ALD** NON OUI

Patient hospitalisé Clinique Service

Téléphone..... Fax :

MEDECIN DEMANDEUR

.....

Tel :

Fax :

MEDECIN TRAITANT (obligatoire)

.....

MOTIF DE L'EXAMEN :

TEP déjà réalisée : Oui Non

Organe :

Si oui date et lieu :

TRAITEMENTS ANTERIEURS ET DATES

Chirurgie tumorale

Chimiothérapie Date de la dernière cure

Radiothérapie Date de la dernière séance

TRAITEMENTS PREVUS ET DATES

.....

Date de la prochaine cure

.....

Antécédents médicaux et chirurgicaux importants :

RENDEZ-VOUS :

LUNDI et MERCREDI à UNITEP (Scintidoc)

208 rue des Apothicaires

VENDREDI

C.H.R.U. Gui de Chauliac

Date souhaitée :

RDV le :

Heure :

Lieu: