



# 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:**