



Demande de TEP SCAN CHOLINE

A FAXER AU 04.67.58.57.90

Mail : accueil@scintidoc.fr
Tél SCINTIDOC - Clementville : 04.67.92.27.70

Date de la demande.....

PATIENT

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

Adresse.....

Ville.....

Tél domicile..... Tél portable.....

Email :

POIDS (obligatoire) : **kg**

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

MEDECIN DEMANDEUR (tampon)

TEP déjà réalisée : Oui Non
Si oui date et lieu :

BILAN INITIAL

Stade initial : Gleason initial : PSA initial :

Traitement initial :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Chirurgie | <input type="checkbox"/> Radiothérapie externe |
| <input type="checkbox"/> Curiethérapie | <input type="checkbox"/> HIFU |

BILAN ACTUEL

PSA (valeur des 3 derniers dosages) :

Temps de doublement du PSA :

Vélocité du PSA :

Date et résultats dernière scintigraphie osseuse :

TRAITEMENT EN COURS

TRAITEMENT ENVISAGE

RENDEZ-VOUS : le LUNDI à UNITEP (ICM Val d'Aurelle) - 208 rue des Apothicaires

Date souhaitée :

RDV le :

Heure :