



Demande de TEP FLUORODOPA

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

Code postal.....

DIABETE : NON ☐ OUI ☐

(arrêt anti-diabétiques oraux le matin de l'examen)

Ville.....

Tél domicile.....

Tél portable.....

Fax :

Email :

N° Sécurité Sociale ____/____/____/____/____/____/____/ **ALD** NON ☐ OUI ☐

Patient hospitalisé

Clinique Service

Téléphone..... Fax :

MEDECIN DEMANDEUR

MEDECIN TRAITANT (obligatoire)

.....

.....

Tel :

Fax :

MOTIF DE L'EXAMEN :

Octréoscan déjà réalisé : Oui ☐ Non ☐
ou FLUORODOPA

Organe :

Si oui date et lieu :

Antécédents médicaux et chirurgicaux importants :

LUNDI et MERCREDI à UNITEP (Scintidoc)
208 rue des Apothicaires

Date souhaitée :

RDV le :

Heure :

Lieu: