

Formulaire TEP SCAN AU FDG Saint-Malo

Centre d'Explorations Isotopiques

Site CH BROUSSAIS – 1 rue de la Marne – 35400 Saint-Malo
Tél : 02.99.21.28.28 – Fax : 02.99.21.29.63 - Email : tepstmalo@gmail.com

Transmission des résultats par messagerie sécurisée Apicrypt : centre-explo.iso@medical35.apicrypt.org
Plan d'accès et prise de RDV en ligne sur notre site web : www.scintigraphie-tep.fr, rubrique Espace médical

Demande de TEP au FDG envoyée le :

RDV le :

Médecin prescripteur :

Date souhaitée :

Lieu d'exercice :

Merci d'apporter les anciens examens (échographie, scanner, IRM).

INFORMATIONS PATIENT

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Poids :

Tél. domicile :

Portable :

Si patient hospitalisé :

Tél. du service :

Patient à jeun 6 heures avant. Pas de perfusion de glucosé.

RENSEIGNEMENTS

Diabétique : oui / non

Type de traitement :

Patient valide : oui / non

Date chirurgie :

Atcd d'hypersensibilité PDC iodé : oui / non

Radiothérapie : oui / non Date :

Si oui, type d'allergie :

Chimiothérapie : oui / non Date :

Créat. ou clairance < à 3 mois :

MOTIF DE LA DEMANDE – INDICATION