



TEP-SCAN CHOLINE

Centre d'Explorations Isotopiques

CH de Saint-Malo | 1 Rue de la Marne – 35400 Saint-Malo

Tél : **02.99.21.28.28** – Fax : **02.99.21.29.63** - Email : contact2@cei.fr

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.cei.fr , rubrique Espace médical

Demande de TEP à la Choline 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 :

Taille :

Si patient hospitalisé :

Tél. du service :

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

RENSEIGNEMENTS

Diabétique : oui / non

Taux de PSA : ng/ml

Patient valide : Debout / Fauteuil / Brancard

Temps de doublement (en mois) :

Atcd d'hypersensibilité PDC iodé : oui / non

Prostatectomie : oui / non Date :

Si oui, type d'allergie :

Radiothérapie : oui / non Date :

Créat. ou clairance < à 3 mois :

Chimiothérapie : oui / non Date :

Hormonothérapie en cours : oui / non

MOTIF DE LA DEMANDE – INDICATION