CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL
TOULON - LA SEYNE SUR MER

Service de Médecine Nucléaire
Hôpital Sainte-Musse
54, rue Henri Sainte Claire Deville
83100 TOULON
Tél. : 04.94.14.51.40

DEMANDE D'EXAMEN TEP-TDM

A transmettre au Service de Médecine Nucléaire pour l'obtention d'un RDV
Par FAX : 04.94.14.51.41 ou e-mail : medecine-nucleaire.secretariat@ch-toulon.fr

Demandeur	*Identité patient*	*Réservé au service*
Service : Médecin prescripteur : Date de la demande : Tél. **obligatoire** : Fax :	Nom : NJF : Prénom : Date de naissance : / / Adresse : Tél. **obligatoire** :	Date réception : Date RDV :

EXAMEN :
☐ TEP corps entier au ^{18}FDG
☐ TEP cérébrale au ^{18}FDG
☐ Autre radiotraceur (préciser) :

Délai souhaité :
☐ Urgent
☐ Moins d'un mois
☐ Date particulière :

INFOS PATIENT OBLIGATOIRES :

Poids :

Taille :

Valide : ☐ oui ☐ non
Claustrophobie : ☐ oui ☐ non
Patient Algique : ☐ oui ☐ non

INDICATION (Histoire clinique et Question posée) :

NB : joindre courriers et comptes-rendus d'imagerie antérieurs

ANTECEDENTS :
☐ Diabète
☐ Insulino-dépendant
☐ Anti-diabétiques oraux
☐ Allergie benzodiazépines
☐ Myasthénie
☐ Autres :

TRAITEMENTS :
☐ Chirurgie :
Type d'intervention :
Date :

☐ Chimiothérapie:
Cure précédente :
Cure suivante :

☐ Radiothérapie
Cible :
Date :

RAPPELS : **Patient à jeun depuis la veille**
Pas de perfusion de glucosé