



# Demande d'examen par PET-CT

À faire parvenir au SECRETARIAT DE MEDECINE NUCLEAIRE  
A COMPLETER AVEC VOS COORDONNEES

Programmation par le secrétariat CNP



Statut : <input type="radio"/> ambulant <input type="radio"/> hospitalisé	Service/Unité : ☎ :	Etiquette d'identification du patient ou
Copie à :  Autre remarque informative :	Patient(e) : Adresse complète :  Matricule :	☎ :  Accident du travail      Date: N°:

<b>Indication oncologique:</b> <input type="radio"/> bilan d'extension initial Evaluation de traitement : <input type="radio"/> début <input type="radio"/> en cours <input type="radio"/> fin <input type="radio"/> recherche de la tumeur primitive <input type="radio"/> suivi oncologique  <b>Indication non oncologique:</b> <input type="radio"/> recherche d'adénome parathyroïdien <input type="radio"/> recherche de foyer infectieux ou inflammatoire <input type="radio"/> pathologie neuro-dégénérative  <input type="radio"/> autre :	<b>Localisation primitive :</b> <input type="radio"/> Poumon/plèvre <input type="radio"/> Sein <input type="radio"/> Rein <input type="radio"/> Lymphome <input type="radio"/> ORL <input type="radio"/> Foie <input type="radio"/> Œsophage/estomac <input type="radio"/> Pancréas <input type="radio"/> Colorectal <input type="radio"/> Ovarien <input type="radio"/> Utérus <input type="radio"/> Mélanome <input type="radio"/> Cerveau <input type="radio"/> Os <input type="radio"/> Prostate <input type="radio"/> Localisation inconnue <input type="radio"/> autre :	<b>Données générales :</b> <table style="width: 100%;"> <tr> <td>Poids</td> <td>kg</td> <td>Taille</td> <td>cm</td> </tr> </table> Diabète ..... <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non Insuline lente (la veille) ..... <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non Antidiabétiques oraux ..... <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non Analogues GLP1 ..... <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non Claustrophobie ..... <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non Patient dépendant ..... <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non Prothèse métallique/Pace-maker ..... <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non Grossesse ..... <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non Allaitement ..... <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	Poids	kg	Taille	cm
Poids	kg	Taille	cm			

**Radiotracteur :** A JEUN 4 heures avant examen - eau permise

.....

<sup>18</sup>F-FDG                       <sup>68</sup>Ga-DOTATOC

<sup>18</sup>F-FDOPA                       <sup>68</sup>Ga-PSMA

<sup>18</sup>F-FCholine                       <sup>68</sup>Ga-PSMA

<sup>18</sup>F-Flutémétamol (β-amyloïde)

**Diagnostic (histologie, stade) :**

.....

**Historique complet du traitement et des examens d'imagerie antérieurs:** (précisez le type ainsi que la date de début/fin ou si toujours en cours)

.....

DATE, SIGNATURE, CACHET DU MÉDECIN DEMANDEUR

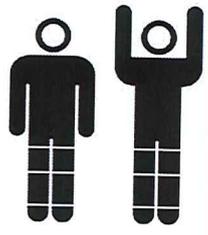
.....

Utile cliniquement du ..... au

URGENT, motif:

La prise en compte de ces données permet d'optimiser les performances de l'examen et d'améliorer son interprétation.

>>>>> CADRE RÉSERVÉ AU MÉDECIN NUCLÉARISTE DU CENTRE NATIONAL PET <<<<<<<



Simulation  
Radiothérapie

Protocole:

Modification de la demande :

Non     oui, remplacé par : .....

Examen à programmer entre le ..... et le .....

Examen complémentaire nécessaire

Non     oui : .....

Critère Comité Médico-Pharmaceutique N° ..... / O hors critères (à justifier)