

Demande d'examen
PET CT CEREBRAL au ¹⁸F-FDG

Nom du patient		Etiquette du patient ou Numéro IPP
Prénom(s) du patient		
Date de naissance		
Date d'examen		

*Poids: _____ Kg *Taille: _____ cm

*** Renseignements obligatoires pour la commande du radiopharmaceutique!**

INDICATION- RENSEIGNEMENTS CLINIQUES – QUESTION(S) POSEE(S)
(signes cliniques, latéralisation...)

Identité du médecin prescripteur		Signature Tampon du médecin prescripteur
Numéro de téléphone direct		
Copies à:		