

**Demande d'examen  
PET CT CEREBRAL au <sup>18</sup>F-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:		