

**Demande d'examen**

**PET-CT ONCOLOGIQUE au <sup>68</sup>Ga-DOTATATE (octreotate)**

*(examen à charge de l'AOS dans le cadre de tumeurs neuroendocrines différenciées (staging; restaging)  
 surexprimant les récepteurs de la somatostatine (SSTR))*

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

\*Poids: \_\_\_\_\_ Kg                      \*Taille: \_\_\_\_\_ cm                      IMC(BMI): \_\_\_\_\_

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

**INDICATION**

STAGING Bilan d'extension		RECIDIVE- SUIVI		EVALUATION PRE/POST- TRAITEMENT	
Si autre, merci de préciser					

**RENSEIGNEMENTS CLINIQUES – TRAITEMENT – QUESTION(S) POSEE(S)**

*(histologie, stade/grade, status chirurgical, dosages hormonaux...)*

	<b>OUI</b>	<b>NON</b>
<b>Allergies aux produits de contraste radiologiques</b>		
<b>Insuffisance rénale modérée (GFR &lt; 60 mL/min/1.73m<sup>2</sup>)</b>		
<b>Claustrophobie</b>		

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