

**Demande d'examen
PET-CT ONCOLOGIQUE au ¹⁸F-choline**

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

RECIDIVE BIOCHIMIQUE		EVALUATION DE LA REPOSE THERAPEUTIQUE		Planification radiothérapie	
SUIVI				STAGING Bilan d'extension	
Si autre, merci de préciser					

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES – TRAITEMENTS

- | | |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Waitful watching | Castration hormonale / orchidectomie |
| <input type="checkbox"/> Dernier PSA: _____ ng/mL | Gleason initial: |
| <input type="checkbox"/> S/P prostatectomie radicale | S/P curage ganglionnaire pelvien |
| <input type="checkbox"/> S/P radiothérapie prostatique à visée curative | |
| <input type="checkbox"/> S/P chimiothérapie | |
| <input type="checkbox"/> S/P radiothérapie métabolique (Xofigo) | |

AUTRES RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ONCOLOGIQUES – QUESTION(S) POSEE(S)

(histologie, stade/grade, dernier taux de PSA...)

	OUI	NON
Allergies aux produits de contraste radiologiques		
Insuffisance rénale modérée (<i>GFR < 60 mL/min/1.73m²</i>)		
Claustrophobie		
Diabète		

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