

Demande d'examen
PET CT ONCOLOGIQUE 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 IMC(BMI): _____

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

INDICATION

STAGING Bilan d'extension		CHARACTERISATION d'une ou plusieurs lésions		Planification radiothérapie	
RECIDIVE		EVALUATION DE LA REPOSE THERAPEUTIQUE		SUIVI	
Si autre, merci de préciser					

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

(histologie, stade/grade, latéralisation...)

latour.ch

La Tour Réseau de Soins SA

Hôpital de La Tour
Avenue J.-D. Maillard 3
CH-1217 Meyrin/Genève
T +41 (0)22 719 61 11
F +41 (0)22 719 61 12

Clinique de Carouge
Avenue Cardinal Mermillod 1
CH-1227 Carouge/Genève
T +41 (0)22 309 45 45
F +41 (0)22 309 45 00

Centre Médical de Meyrin
Promenade des Artisans 24
CH-1217 Meyrin/Genève
T +41 (0)22 719 74 00
F +41 (0)22 719 74 01

AUTRES RENSEIGNEMENTS CLINIQUES - TRAITEMENTS

- Date de la dernière chimiothérapie: _____
- Date de la dernière radiothérapie: _____
- Dernière chirurgie carcinologique récente (date et motif de l'intervention):

- Infection récente OUI NON; préciser SVP: _____

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

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