

**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		CARACTERISATION d'une ou plusieurs lésions		Planification radiothérapie	
RECIDIVE		EVALUATION DE LA REPONSE THERAPEUTIQUE		SUIVI	
Si autre, merci de préciser					

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

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

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:		