

T +41 (0)22 719 77 40 / F +41 (0)22 719 77 41

E-mail : [secretariat.medecine-nucleaire@latour.ch](mailto:secretariat.medecine-nucleaire@latour.ch)**IDENTITÉ DU PATIENT**Nom / Prénom *[étiquette]*Date de naissance *[jj.mm.aaaa]*

IPP \_\_\_\_\_

Sexe  M  F Date d'examen : \_\_\_\_\_**MÉDECIN PRESCRIPTEUR**

Nom / Prénom

Téléphone

E-mail

Copie à

**Pensez à joindre les résultats de pathologie, les lettres de sortie et/ou les décisions du tumor-board.** **<sup>18</sup>F-DG**

Diabète:

 non  oui Insuline  METFORMIN

Centrage radiothérapie:

 non  oui **<sup>18</sup>F-PSMA**

PSA : \_\_\_\_\_ ng/ml

DT : \_\_\_\_\_ mois

Gleason : \_\_\_\_\_

TNM : \_\_\_\_\_

 **<sup>68</sup>Ga-DOTATATE**

CgA : \_\_\_\_\_ U/L

Ki-67 : \_\_\_\_\_ %

 **<sup>18</sup>F-CHOLINE** CHC

Child \_\_\_\_\_

 Parathyroïde

PTH \_\_\_\_\_

Calcémie \_\_\_\_\_

 **AUTRES** <sup>18</sup>F-DG cérébral Plaques Amyloïdes <sup>18</sup>F-FET**INDICATIONS CLINIQUES** Bilan initial Évaluation thérapeutique /Suivi Suspicion/ Bilan de récurrence Autre**INFORMATIONS CLINIQUES OBLIGATOIRES [Toute demande incomplète sera renvoyée à votre secrétariat]**

Poids : \_\_\_\_\_ kg

Insuffisance rénale:  non  oui

Valeur créatinine &lt; 1 mois: \_\_\_\_\_ mmol/L Date : \_\_\_\_\_

Allergie connue aux produits de contraste iodés:  non  oui

Dans quel centre et à quelle date : \_\_\_\_\_

**Traitement en cours :** **Chimiothérapie** Date dernière cure \_\_\_\_\_ Prochaine cure \_\_\_\_\_ **Radiothérapie** Date dernière irradiation \_\_\_\_\_ **Thérapie ciblée** Date dernière cure \_\_\_\_\_ Prochaine cure \_\_\_\_\_ **Immunothérapie** Date dernière cure \_\_\_\_\_ Prochaine cure \_\_\_\_\_ **Autres:** \_\_\_\_\_Facteurs de croissance hématopoïétique:  oui  non Date: \_\_\_\_\_