|  |
| --- |
| DEMANDE D’EXAMEN TEP-TDM  A adresser par mail : sec.tep@solcrr.org  ☐18F-FDG ☐18F-CHOLINE ☐18F-DOPA    Si TEP-TDM avant radiothérapie (« en position de traitement »), merci de cocher la case ci-contre ☐  DATE de la demande :  DATE de la prochaine consultation ou DEBUT de traitement (chirurgie …) :  NOUS VOUS REMERCIONS DE NOUS TRANSMETTRE AVEC LA DEMANDE D’EXAMEN LES DERNIERS COMPTES-RENDUS D’IMAGERIE ET COURRIERS DE CONSULTATION  **Les résultats de l’examen, compte-rendu et images complètes et téléchargeables (format DICOM), seront accessibles en ligne au moyen de votre carte CPS ou e-CPS, via le lien** [**https://espaceps.swmapps.fr/c1702000**](https://espaceps.swmapps.fr/c1702000)  Souhaitez-vous en complément l’envoi par courrier d’un CD de l’examen ? ☐ Oui ☐ Non |
| Médecin demandeur  Nom : Prénom : Adresse ou service :  Tél : E-mail (sécurisé de préférence) : |
| Informations patient Genre : H ☐ F ☐ Date de naissance :  Nom : Nom de jeune fille (le cas échéant) : Prénom :  Adresse :  Téléphone (portable de préférence) : E-mail :  Poids : kg Taille : m |
| Motif de la demande : ☐ Bilan initial/Rechute  ☐ Réévaluation/Surveillance |
| Antécédents/Comorbidités :  Diabète (à compléter impérativement si 18F-FDG) : ☐ Oui ☐ Non  Si Oui : Médicaments oraux : Insuline : |