|  |
| --- |
| DEMANDE D’EXAMEN TEP-TDMA 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 :  |