

## DEMANDE D'EXAMEN TEP-TDM

A adresser par mail : [sec.tep@solcrr.org](mailto: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>

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 :