

Tep Scan – Scintigraphie
Centre de Médecine Nucléaire

Date Le :/...../.....

Nom : _____ Prénom : _____
Nom de jeune fille : _____ Date de naissance :/...../.....
Adresse : _____
Tel portable :/...../...../...../..... Sexe : M F
Poids :kg Taille : cm

MEDECIN DEMANDEUR

Nom : Cachet :
Tél :

INDICATION(S)

.....
.....
.....
.....

DELAI DEMANDE

1 Semaine 2 Semaine 3 Autre :

ANTECEDENTS THERAPEUTIQUES

- Chirurgie** : date dernière intervention :
- Chimiothérapie** : date dernière cure :
- Radiothérapie** : date dernière séance :
- Autres** (biopsies, injection de facteurs de croissance, prothèses,) :

INFORMATIONS PATIENTS

Poids du patient :kg **Taille** :cm
Diabétique : oui non DID : DNID : Glycémie :
Patient valide : oui non Patient continent : oui non
Pathologie infectieuse ou inflammatoire :