



FORMULAIRE de demande de TEP

- FDG
- Choline
- DOPA

PRESCRIPTEUR / SERVICE

NOM :
 Prénom :
 Téléphone :
 Fax :
 Mail secrétariat :
 Date souhaitée :

PATIENT

NOM :
 Prénom :
 DDN :
 Téléphone :
 Poids :
 Diabétique sous INSULINE
 Dialysé jours :.....

INDICATIONS

.....

QUESTION

- Bilan d'extension / Caractérisation
- Evaluation de la réponse thérapeutique
- Augmentation des marqueurs tumoraux (PSA, CA 15-3...)
- Bilan rhumatologique (Vascularite, Rhumatisme inflammatoire...)
- Bilan infectieux (endocardite, foyer infectieux profond, fièvre inexpliquée...)
- TEP cérébrale
- Autres :

TRAITEMENT

Chimiothérapie	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	date :
Radiothérapie	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	date :
Facteurs de croissance	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	date :
Chirurgie ou biopsie	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	date :
Immunothérapie/thérapie ciblée :			

Date de la demande :

BON à FAXER au **05 57 81 22 83** ou à MAILER à secretariat.tep@cif-bordeaux.fr

