

Demande de TEP CEREBRALE au ¹⁸F-FDG

A ENVOYER PAR FAX au 01 64 14 30 11

Demande disponible sur le site internet www.cmn77.fr

Le patient sera convoqué par le service de Médecine Nucléaire

<u>Médecin Demandeur</u>	<u>Patient</u>
Nom : _____ Cachet du prescripteur	Nom : _____
	Prénom : _____
	Date de Naissance : _____
	Adresse : _____ _____
Téléphone : _____	Téléphone : _____
Fax : _____	Portable : _____
Date de la demande : _____	Poids : _____
Date souhaitée du Rendez-vous :	Diabète :
<input type="checkbox"/> Urgent	<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Dans les 15 jours	<input type="checkbox"/> Oui traitement : _____
<input type="checkbox"/> Avant le	Hospitalisé
	<input type="checkbox"/> Non
	<input type="checkbox"/> Oui Service : _____
	Téléphone : _____

Clinique :

Question(s) Posée(s) :

Traitement médicamenteux :

Nécessité d'une sédation par benzodiazépine (Tranxène® p.o. dose 50 mg) pour l'examen ?

Non BZD Contre-Indiquée ? : Non Oui

Oui