

**DEMANDE D'EXAMEN TEP/TDM**

**A ENVOYER PAR FAX au 01.61.10.72.67**

Demande disponible sur le site internet [www.cmn77.fr](http://www.cmn77.fr)

Le patient sera convoqué par le service de Médecine Nucléaire

**Médecin demandeur :**

Nom : \_\_\_\_\_

Cachet du prescripteur :

Téléphone : \_\_\_\_\_

Fax : \_\_\_\_\_

Date de la demande : \_\_\_\_\_

Date de rendez-vous souhaitée :

urgent

dans les 15 jours

avant le : \_\_\_\_\_

**Patient :**

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_

Portable : \_\_\_\_\_

Poids : \_\_\_\_\_ Taille : \_\_\_\_\_

Diabète :

non

oui traitement : \_\_\_\_\_

Hospitalisé :

non

oui service : \_\_\_\_\_

téléphone : \_\_\_\_\_

Caractérisation  Bilan d'extension  Evaluation thérapeutique  Récidive  Autre

**Questions posées :**

Date de la chirurgie tumorale : \_\_\_\_\_

Fin de la radiothérapie : \_\_\_\_\_

Date de la dernière cure de chimiothérapie : \_\_\_\_\_

Autres Traitements : \_\_\_\_\_