

DEMANDE DE TEP-SCAN

☐ 18-FDG☐ 18F-CHOLINE☐ 18F-DOPA☐ AUTRES :

Prise de RDV au 04.66.62.91.51 - Envoyer la demande complétée par mail à secretariat@scintigard.fr

DATE DE LA DEMANDE :

PATIENT : Renseignements **OBLIGATOIRES** pour valider la prise de RDV

NOM : PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :/...../..... POIDS : TAILLE :

TEL. : MAIL :

MÉDECIN TRAITANT : Patient Hospitalisé : OUI ☐ NON ☐

MÉDECIN DEMANDEUR :

NOM :

PRÉNOM :

TEL :

MAIL **SÉCURISÉ** :

TAMPON MÉDECIN DEMANDEUR

RAPPEL POUR PRISE DE RDV : PATIENT ☐ SECRETARIAT/MÉDECIN DEMANDEUR ☐

MOTIF DE L'EXAMEN :

TEP déjà réalisée : OUI ☐ NON ☐ Date, Lieu ↴

Diabète : OUI ☐ NON ☐ Risque Grossesse : OUI ☐ NON ☐

Troubles Cognitifs : OUI ☐ NON ☐ Claustrophobie sévère : OUI ☐ NON ☐

Date ou délai de RDV souhaité ?

Ne pas remplir - réservé à Scintigard

RDV FIXÉ LE : À

TAMPON VALIDATION DEMANDE

☐ TAP☐ Neuro☐ PTH/PTG☐ Cœur + TAP☐ ORL+ TAP☐ CE☐ TAP+Neuro☐ TAP+ Lasilix☐ TAP+Poumons☐ TAP long☐ MI☐ Para☐ TAP + eau☐ TAP + ORL + Poumons☐ TAP bras corps ☐ TAP puis Crâne☐ Epaules bras le long du corps