

TEP SCAN TOULOUSE

DEMANDE D'EXAMEN

Date.....

PATIENT

Nom - Prénom :
Date de Naissance :
Téléphone :
➤Fixe :
➤Portable :
Adresse :
.....

MEDECIN DEMANDEUR

Nom : Tel :
..... Fax :

INDICATION(S)

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

DELAI DEMANDE

1 semaine 2 semaines Autre :

ANTECEDENTS THERAPEUTIQUES

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

INFORMATIONS PATIENT

Poids du patient : Taille :
Diabétique : OUI NON DID : DNID : Glycémie :
Patient valide : OUI NON
Patient continent : OUI NON
Pathologie infectieuse ou inflammatoire intercurrente :