

# 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** : .....