

**DEMANDE D’EXPLORATION**

**TEP/TDM**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Sercice de Médecine nucléaire Hôpital Nord**Batiment B Niveau 1**Rendez-vous : du lundi au vendredi de 9h00 à 17h00****Chef de Service : Dr N.PREVOT-BITOT****Téléphone : 04 77 82 83 18 (poste : 428318)****Télécopie : 04 77 82 84 73** |  | **Identification du Patient (ou etiquette)**Nom : Prénom : Date de naissance  Sexe :Adresse :**Tél patient :** **Ou Tel d’un proche (préciser qui):**  |

**TEP 18-FDG :** **AUTRES TEP\***

**A jeun** (eau autorisée) et **arrêt glucosé et nutrition IV 6h avant**

(12H en cas de recherche d’infection cardiaque) / [ ]  TEP 18F-CHOLINE (**à jeun** 6h)

[ ]  TEP 18FDG / [ ]  TEP 18F-DOPA (**à jeun** 6h)

[ ]  TEP 18FDG - Ciblage radiothérapie / ☐ TEP 68Ga-DOTATOC (non à jeun)

[ ]  TEP 18FDG cérébrale (indication neurologique) / [ ]  TEP 68Ga-PSMA (non à jeun)

**Patient diabétique** [ ] OUI [ ] NON / [ ]  TEP Autre (préciser)

ADO : [ ]  Insuline : [ ]

(si glycémie habituelle à jeun > 2g : appeler le service ; ne pas faire d’insuline rapide dans les 4h avant une TEP)

\*En cas de doute, vous pouvez contacter le secrétariat pour être mis en relation avec un médecin et discuter de la meilleure modalitée à réaliser

**Poids du patient =**  **kg** (Obligatoire)Grossesse connue  : [ ] OUI [ ] NON

 **Allaitement connu :** [ ] OUI [ ] NON

**Contre-indication à un produit de contraste iodé (allergie, insuffisance rénale, …) :** [ ] OUI [ ] NON

**Consignes du demandeur :** Patient valide : [ ]  oui [ ]  non Patient incontinent : [ ] oui [ ] non

Surveillance clinique : [ ] oui [ ] non / si oui précision : Doit rester à jeun : ☐oui ☐non

Patient en précautions complémentaires d’hygiène : [ ]  air / [ ]  gouttelettes / [ ]  contact / [ ]  protecteur

Gestion de la douleur :  Autre :

**ANTECEDENTS , JUSTIFICATION DE L’EXAMEN et RENSEIGNEMENTS ATTENDUS :**

**Si chimiothérapie**, date de la dernière cure :

**Si radiothérapie**, date de la fin de la radiothérapie :

**Si chirurgie récente**, date de l’intervention :

|  |
| --- |
| **Validation** (**réservé au service MN) :** [ ] Crâne [ ] TAP [ ] CE [ ] ORL / [ ]  PCI [ ] Lasilix |

**Identification du demandeur**

**Date de la demande:**  **Médecin demandeur :**

**Service demandeur/UF: Tel :**

**Si mutation, envoyer les résultats à :**

**Date souhaitée pour l’examen :**

**Si** [ ]  URGENT (<1semaine) : Tel **428318** en plus de **faxer la demande**