

**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**