



# FORMULAIRE de demande de TEP

- FDG
- Choline
- DOPA

**PRESCRIPTEUR / SERVICE**

NOM :  
 Prénom :  
 Téléphone :  
 Date souhaitée :  
 .....

**PATIENT**

NOM :  
 Prénom :  
 DDN :  
 Téléphone :  
 Poids :  
 Diabétique sous INSULINE  
 Dialysé jours : .....

**INDICATIONS**

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

**QUESTION**

- Bilan d'extension / Caractérisation
- Evaluation de la réponse thérapeutique
- Augmentation des marqueurs tumoraux (PSA, CA 15-3...)
- Bilan rhumatologique (Vascularite, Rhumatisme inflammatoire...)
- Bilan infectieux (endocardite, foyer infectieux profond, fièvre inexpliquée...)
- TEP cérébrale
- Autres : .....

**TRAITEMENT**

Chimiothérapie       oui       non      date : .....

Radiothérapie       oui       non      date : .....

Facteurs de croissance       oui       non      date : .....

Chirurgie ou biopsie       oui       non      date : .....

Immunothérapie/thérapie ciblée : .....

Date de la demande : .....

BON à FAXER au **05 56 34 97 98** ou à MAILER à [secretariat.tep@cif-libourne.fr](mailto:secretariat.tep@cif-libourne.fr)

