Service de Médecine Nucléaire –Unité TEP
CHU Sahloul Sousse
Route de Ceinture, Sahloul 4054 **TEL** : 73101410, 73101300

Demande d'examen TEP au ^{18}FDG

Merci remplir et de nous envoyer les demandes par mail : medecine.nucleaire.sousse@gmail.com
Nous rappelons nous-même les patients

Médecin prescripteur **Date de la demande** :…….....

Nom : ……... **Adresse**…….
Téléphone : …… **Mail :** ……...

Patient

Poids :…… **Taille** : ……

Nom et prénom …….. Téléphone : …….....
Date de naissance : …….Adresse…….
CNAM :
Diabète : ❑NON ❑DNID ❑DID Traitement :……. Glycémie à jeun :……
Insuffisance rénale: ❑Oui ❑Non Dialyse ❑ Oui ❑ Non, si oui jours de dialyse :……...
Incontinence urinaire ❑ Oui ❑ Non
Validité : ❑ valide ❑chaise ❑ lit Patient ❑externe ❑hospitalisé ……

Rappel des contre-indications : Grossesse – Diabète mal équilibré –Claustrophobie – Incontinence sans sondage
- incapacité à maintenir la position immobile couchée.

INDICATION & RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

……
……
……
……
……
……
……
……

(Joindre les résultats des bilans et de l'imagerie : CR et clichés)

Concernant la Pathologies cancéreuses :

Siège du primitif : …… **Date de découverte de la lésion :** ……..……..
Stade TNM : ……Histologie : ….……..
Chirurgie Date : ..... /..... /..... **Nature**…….
(Un délai de 6 semaines est nécessaire)
Chimiothérapie Date dernière cure ..... /..... /..... prochaine cure prévue le……
(Un délai de 2-3 semaines est nécessaire)
Radiothérapie Date dernière séance ..... /..... /..... prochaine séance prévue ……
(Un délai de 2-3 mois est nécessaire)
Autres (biopsies, antalgiques, facteurs de croissances (un délai de 3 jours est nécessaire avant l'examen TEP)**)**
……
Examen TEP antérieur ❑ Oui ❑ Non, si oui résultats (svp joindre le CR)