

**DEMANDE D'EXAMEN TEP DOPA
ONCOLOGIE**

Date de la demande :

PRESCRIPTEUR

Identité : Dr Tél : Fax :

Adresse :

.....

PATIENT

Nom : Mr/Mme Prénom :

Date de naissance : Tél (indispensable):

Adresse :

.....

Hospitalisé(e) : oui non Nom de l'établissement :

Service : Tél du service :

Poids : Taille :

Risque de grossesse : oui non Valide : oui non

Continent : oui non Claustrophobe : oui non

Contre-indication à l'injection de produit de contraste iodé : oui non

Traitement à visée neurodégénérative :

.....

Arrêt de la L-DOPA possible depuis la veille au soir de l'examen : oui non

INDICATION

(signes cliniques, pathologie recherchée, résultats TDM/IRM...)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

DELAI SOUHAITE D'EXAMEN

< 1 mois < 2 mois ou date souhaitée :

Date de la prochaine consultation :