

**DEMANDE D'EXAMEN TEP FDG  
CEREBRALE**

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 : .....  
Diabète :  oui  non si oui, Traitement(s) : .....  
Risque de grossesse :  oui  non Valide :  oui  non  
Continent :  oui  non Claustrophobe :  oui  non  
Traitement à visée neurodégénérative : .....

**INDICATION**  
(signes cliniques, pathologie recherchée, résultats IRM/tests neuropsychologiques/CSF...)

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

**DELAJ SOUHAITE D'EXAMEN**

< 1 sem  < 2 sem  < 1 mois ou date souhaitée : .....  
Date de la prochaine consultation : .....