

DEMANDE D'EXAMEN TEP AMYLOÏDE

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

Traitement à visée neurodégénérative :

INDICATION

(Signes cliniques, pathologie recherchée, résultats IRM/tests neuropsychologiques/CSF/ TEP FDG/Dopa...)

Attention : TEP FDG doit être réalisée dans notre centre au préalable ; Si réalisée dans un autre centre merci de contacter celui-ci pour la réalisation de la TEP Amyloïde.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

DELAI D'EXAMEN

NB : Votre patient sera convoqué en fonction de la disponibilité du traceur ainsi que la place disponible sur nos vacances (soit plusieurs mois de délai en général).