



CENTRE DE MEDECINE NUCLEAIRE DU MORBIHAN

Dr Cécile BERTHELOT
Dr Pierre-André ZIMMERMANN

Dr Xavier BONTEMPS
Dr Sébastien CARAI

Dr Erwan GABIACHE
Dr Alexandre ROCH

DEMANDE DE TEP : ☐ F¹⁸-FDG
☐ F¹⁸-DOPACIS
☐ F¹⁸-CHOLINE
☐ F¹⁸-PSMA

ENVOYÉE LE :

SOUHAITÉE LE :

MÉDECIN PRESCRIPTEUR :

À retourner de préférence par mail : **Site de Vannes :**

vannes@cmnm.fr
vannes@cmnm.mssante.fr
Fax 02.97.47.80.27

Site de Lorient :

lorient@cmnm.fr
lorient@cmnm.mssante.fr
Fax 02.97.86.00.74

RENSEIGNEMENTS PATIENTS : *(Remplir tous les items pour une bonne prise en charge du patient.)*

Nom :

Prénom :

Date de naissance : / /

Email patient :

Adresse :

Téléphone :

Situation : ☐ Hospitalisé, poste :

☐ Externe

Mobilité : ☐ Valide

☐ Fauteuil

☐ Brancard

Poids : kg

Taille : cm

Diabète : ☐ Oui / ☐ Non

Insulino-traité : ☐ Oui / ☐ Non

INDICATIONS :

TRAITEMENTS REÇUS :

Chirurgie le :

Chimiothérapie le :

Radiothérapie le :

Fibroscopie le :

Facteurs de croissance le :

INDISPENSABLE de joindre : Compte-rendu de scanner/IRM
Compte-rendu de consultation
Taux de PSA *(pour les demandes de PSMA)*