

DEMANDE DE TEP :  F<sup>18</sup>-FDG  
 F<sup>18</sup>-DOPACIS  
 F<sup>18</sup>-CHOLINE  
 F<sup>18</sup>-PSMA

ENVOYÉE LE :

SOUHAITÉE LE :

MÉDECIN PRESCRIPTEUR :

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

[vannes@cmnm.fr](mailto:vannes@cmnm.fr)

[vannes@cmnm.mssante.fr](mailto:vannes@cmnm.mssante.fr)

Fax 02.97.47.80.27

**Site de Lorient :**

[lorient@cmnm.fr](mailto:lorient@cmnm.fr)

[lorient@cmnm.mssante.fr](mailto: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 :

Situation :  Hospitalisé, poste :

Externe

Prénom :

Date de naissance :    /    /

Mobilité :  Valide

Fauteuil

Brancard

Email patient :

Adresse :

Téléphone :

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*)