



Demande de TEP - FDG

Service de médecine nucléaire - Centre Hospitalier de Mont-de-Marsan

Tél. : 05 58 05 18 60 - Fax : 05 58 05 19 92 - Mail : medecine-nucleaire@ch-mdm.fr

Merci d'utiliser un feutre ou un stylo noir pour les demandes faxées

Date de la demande : Délai souhaité : <1 sem <3 sem Autre :

Patient

Nom : Adresse :
Prénom :
Date de naissance : tél. : sexe : F M
 Patient hospitalisé, service : tél. :

Indications, renseignements cliniques :

poids : **taille :**
Examen TEP antérieur : NON OUI, à :

Antécédents

OUI NON

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Diabète	<input type="checkbox"/> Antidiabétiques oraux	<input type="checkbox"/> Insuline
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Chirurgie récente	Type :	Date :
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Chimiothérapie	Dernier TT le :	Prochain le :
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Radiothérapie	Dernier TT le :	Site :
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Facteurs de croissance reçus le :		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Autre TT à préciser (immunoT, corticoT, ATB, ...)		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Insuffisance rénale	Dernière clairance :	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Incontinence urinaire	<input type="checkbox"/> Sondage (à prévoir si absent)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Terrain allergique (en vue d'une injection de PDC iodés)		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Dialyse, jours :		

Médecin prescripteur

Signature/tampon

Nom :
Tél. :
Medecin traitant :

Validation médecin nucléaire

PDC iodés
 Régime aglucidique

Rappels : jeûne 6 heures avant la TEP, pas de perfusion de glucose

Contre-indications : grossesse, diabète mal équilibré, agitation/troubles cognitifs, claustrophobie, incontinence sans sondage, incapacité à tenir la position allongée immobile.

Recommandations : respecter un délai avant la TEP de 3 semaines après chimiothérapie, 4 mois après radiothérapie pour la région irradiée, 1 à 3 mois après chirurgie pour la région opérée et 3 jours après facteurs de croissance hématopoïétiques.

Formulaires de demande de TEP et de scintigraphie téléchargeables sur : www.ch-mt-marsan.fr (ou sur demande au secrétariat)