

CENTRES DE MÉDECINE NUCLÉAIRE

GHEF • Centre Hospitalier de Marne-la-Vallée

2-4 Cours de la Gondoire • 77600 Jossigny

DEMANDE D'EXAMEN TEP-TDM

FDG [] CHOLINE [] DOPA []

À REMPLIR

en ligne sur notre site

www.cmn-idf.fr

OU À DÉFAUT

par mail

scintijossigny@gmail.com

par fax

01.61.10.72.67

INFORMATIONS PRESCRIPTEUR	INFORMATIONS PATIENT
Nom : _____	Nom : _____
Téléphone : _____	Prénom : _____
Fax : _____	Date de naissance : _____
Mail : _____	Taille : _____
Date de la demande : _____	Poids : _____
Date de RDV souhaitée : [] Urgent [] Dans les 15 jours [] Avant le : _____	Adresse : _____ _____ Téléphone : _____
Cachet :	Diabète : Non [] Oui [] traitement : _____
	Hospitalisé : Non [] Oui [] service : _____ téléphone: _____

INFORMATIONS SUR LA PATHOLOGIE

Caractérisation [] Bilan d'extension [] Évaluation thérapeutique [] Récidive [] Autre []

Indication :

Date de la chirurgie tumorale : _____

Date de la dernière séance de radiothérapie : _____

Date de la dernière cure de chimiothérapie : _____

Autres traitements : _____

ENVOI DES DONNÉES DICOM

Ortif - Acetiam Nexus Non [] Oui [] destinataire : _____

Le patient sera contacté par le secrétariat afin de convenir d'un RDV après validation de la demande.

Pour tout renseignement complémentaire : www.cmn-idf.fr ou 01.61.10.63.23