

DEMANDE D'EXAMEN TEP/TDM

A ENVOYER PAR FAX au 01.60.23.29.96

Demande disponible sur le site internet www.cmn77.fr
Le patient sera convoqué par le service de Médecine Nucléaire

Médecin demandeur :

Nom : _____

Cachet du prescripteur :

Téléphone : _____

Fax : _____

Date de la demande : _____

Date de rendez-vous souhaitée :

urgent

dans les 15 jours

avant le : _____

Patient :

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Portable : _____

Poids : _____

Diabète :

non

oui traitement : _____

Hospitalisé :

non

oui service : _____

téléphone : _____

Caractérisation Bilan d'extension Evaluation thérapeutique Récidive Autre

Questions posées :

Date de la chirurgie tumorale : _____

Fin de la radiothérapie : _____

Date de la dernière cure de chimiothérapie : _____

Autres Traitements : _____