



## SERVICE DE MEAUX

Demande à envoyer par mail : scintimeaux@gmail.com ou fax : 01.60.23.29.96

INFORMATIONS PRESCRIPTEUR	INFORMATIONS PATIENT
Nom : _____	Nom : _____
Téléphone : _____	Prénom : _____
Fax : _____	Date de naissance : _____
Mail : _____	Taille/Poids : _____
Date de la demande : _____	Adresse : _____
Date de RDV souhaitée : ( ) Urgent ( ) Dans les 15 jours ( ) Avant le : _____	Téléphone : _____
Cachet : _____	Mail : _____
	Contraception efficace : Non ( ) Oui ( )
	Diabète : Non ( ) Oui ( ) traité par : _____
	Hospitalisé : Non ( ) Oui ( )
	Service/Téléphone : _____
	Isolement : Non ( ) Oui ( ) type : _____

## INFORMATIONS SUR LA PATHOLOGIE

Caractérisation ( ) Bilan d'extension ( ) Evaluation 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 : \_\_\_\_\_

Après validation de la demande, le patient sera contacté par le service afin de convenir d'un RDV