

☐ **Spécialiste en Médecine Nucléaire**
Dre Ariane Boubaker

☐ **Spécialiste en Médecine Nucléaire et en Radiologie**
Dre Anastasia Pomoni

Coordonnées du patient :

Nom : _____ Adresse : _____
Prénom : _____
Sexe : _____ Téléphone : _____
Date de naissance : _____ E-mail : _____

Informations cliniques à renseigner obligatoirement :

Diagnostic ?

Indications à l'examen ?

Planification de radiothérapie ? ☐ Oui ☐ Non

Merci de nous faire parvenir les images précédentes par CD ou sur le PACS de la Clinique de La Source ainsi que les rapports en pièces jointes à la présente demande d'examen.

DEMANDE DE PET-CT

- | | |
|---|-------------------------------------|
| ☐ [18F] FDG | ☐ [18F] PSMA |
| ☐ [18F] CHOLINE (PARATHYROÏDE) | ☐ [18F] DOPA |
| ☐ [Ga68] DOTATATE | ☐ [18F] FET |

☐ Si demande de CT injecté,

Taux de créatinine : _____ le ____ / ____ / ____

Allergie aux produits de contraste vérifiée ? Oui ☐ Non ☐

Poids : _____ Kg

Taille : _____ cm

Diabète insulino-requérant ? ☐ OUI ☐ NON

Allergie(s) ? ☐ OUI ☐ NON

Francophone ? ☐ OUI ☐ NON

Claustrophobe ? ☐ OUI ☐ NON

Mesures additionnelles de contact ? ☐ OUI ☐ NON

Radiothérapie ? ☐ OUI ☐ NON

Immunothérapie ? ☐ OUI ☐ NON

Chimiothérapie ? ☐ OUI ☐ NON

Si oui, lesquelles ? _____

Si non, quelle langue ? _____

Si oui, date de la dernière ? _____

Si oui, date de la dernière ? _____

Si oui, date de la dernière ? _____

Coordonnées du médecin demandeur :

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

E-mail : _____

Résultat urgent par téléphone au n°: _____

Copie(s) du rapport à : _____

Date : _____ Signature : _____