Hôpital Marie Lannelongue
Service de Médecine Nucléaire
133, Avenue de la Résistance
92350 LE PLESSIS ROBINSON
Tél: 01 40 94 24 15

Demande de PETSCAN

A FAXER au 01 40 94 24 16
ou par MAIL à secretariatmedecinenucleaire@hml.fr

Date de la demande: _____

DEMANDEUR:

Tél : _____ Fax : _____

e.mail: _____

PATIENT(E):

Nom: _____

Adresse**:**

Tél : _____ Date Naiss. : _____

Mobile : _____ **Poids (kg) :** _____

Date des dernières règles : _____ Contraception efficace : ○ Oui ○ Non

Diabète : ○ Oui ○ Non Si oui, traitement : _____ Glycémie à jeun actuelle: ____

LESION PRIMITIVE:

- ☐ Poumon
- ☐ ORL
- ☐ Lymphome / Hodgkin
- ☐ Utérus / Ovaire
- ☐ Sein
- ☐ Thyroïde
- ☐ Rein / T. urothéliales
- ☐ Recherche Primitif inconnu
- ☐ Colon / Rectum
- ☐ Pancréas
- ☐ Oesophage / estomac
- ☐ Autres:
- ☐ Tissus mous
- ☐ Mélanome
- ☐ Foie / Voies biliaires

INDICATION du PETSCAN:

- ☐ diagnostic de malignité
- ☐ bilan d'extension initial
- ☐ réponse précoce
- ☐ réponse fin de traitement
- ☐ suspicion de récidive
- ☐ élévation isolée des marqueurs tumoraux
- ☐ surveillance (systématique)
- ☐ autre: _____

HISTOIRE DE LA MALADIE: Localisation, Anat. path., Bilan d'imagerie

Marqueurs Tum. / Biologie

Infection / Maladie intercurrente (BK...): _____

Traitement actuel (corticoïdes, hormono): _____

Date des derniers traitements (dans les 12 mois):

Notes:

Chirurgie: _____

Chimiothérapie: _____

Radiothérapie: _____

Fact. Croissance: _____

Délai souhaité:
(caractère d'urgence)

○ URGENT
○ 1 à 2 semaines
○ à DISTANCE > délai: _____

Transfert PACS - IGR: ○ Oui ○ Non

Validation: