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 F-CHOLINE

Pathologie PROSTATIQUE
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) :** _____

INDICATION DU PETSCAN - F CHOLINE: **DERNIER TAUX DE PSA:** ____ **ng / ml**

- ☐ Bilan d'extension initial, PSA > 20 ng/ml, Traitement curatif envisagé ou < 20 ng/ml si Gleason élevé (>4+3)
- ☐ Doublement du PSA en 12 mois par rapport à nadir après traitement
- ☐ Bilan de récidive, élévation du PSA > 0,50 ng/ml - Bilan d'extension négatif ou douteux (scinti os / TDM / IRM)
- ☐ Evaluation efficacité thérapeutique

Lésion initiale, ADK prostatique, Gleason & stade

Gleason: _____ PSA initial: _____

Stade: _____

☐ Rupture capsulaire

Traitement initial & date:

- ☐ Prostatectomie radicale date: _____
- ☐ Radiothérapie date: _____
- ☐ Curiethérapie date: _____

PSA Nadir: _____ date: _____

Traitement secondaire:

Notes:

- ☐ Radiothérapie date: _____
- ☐ Curiethérapie date: _____
- ☐ Hormonothérapie date: _____

PSA Nadir: _____ date: _____

HISTOIRE ACTUELLE, Résultats TDM / IRM / Scintigraphie Osseuse

PSA (Evolution)

Traitement actuel : _____

Notes:

F-CHOLINE

Délai souhaité:
(Caractère d'urgence)

- ○ URGENT
- ○ 2 à 3 semaines
- ○ à DISTANCE > _____

Transfert PACS - IGR: ○ Oui ○ Non

Validation: