

CENTRE D'IMAGERIE NUCLEAIRE DUNKERQUOIS

891, Avenue de Rosendaël - 59240 DUNKERQUE

Tél. 03 28 51 96 50 - Fax : 03 28 66 03 24

www.cind.fr

Demande de TEP-SCAN

A remplir impérativement pour que la demande soit examinée

PATIENT

Nom : _____ Prénom : _____
Nom de jeune fille : _____
Sexe : M F Taille : _____ Poids : _____
Date de naissance : _____
Caisse d'affiliation : _____
Numéro d'immatriculation : _____
Nom du bénéficiaire (Si le malade n'est pas l'assuré) : _____
Adresse : _____ Téléphone : domicile _____
professionnel _____
portable _____
Code postal : _____
Ville : _____

CONTRACEPTION

OUI NON Si OUI? Type _____ Si NON , date des dernières règles: _____

DIABETE

NON DID DNID Traitement à préciser : _____

Le patient peut-il rester en décubitus dorsal pendant 20 minutes sans bouger? OUI NON

Le patient est-il claustrophobe ? OUI NON

Le patient est-il incontinent ? OUI NON

TRAITEMENTS RECENTS (6 derniers mois)

Chirurgie tumorale : _____ Date de la dernière intervention : _____
Chimiothérapie : _____ Date de la dernière cure : _____
Radiothérapie : _____ Date de le dernière seance : _____
Autre : _____

HISTOIRE DE LA MALADIE, HISTOLOGIE, MARQUEURS, BUT DU TEP

MEDECIN PRESCRIPTEUR (tampon ou renseigner)

Docteur : _____ Si le patient est hospitalisé : _____
Spécialité : _____ Hôpital : _____
Service : _____ Service : _____
Téléphone : _____ Téléphone : _____
Signature : _____