

Demande PET/CT

Identité du patient

Date de la demande :/...../.....

Poids : **Taille :**

Diabète : oui/non

Insulinothérapie : oui/non

Médecin prescripteur :

(cachet et signature)

+ copie :

Numéro de contact du patient :

CT

- Thoraco-abdo + C
- Thorax + C
- Abdomen + C
- Pas de contre-indication au produit de contraste iodé (créatinine : mg/dl).

PET oncologique

- Diagnostic bénin/malin
- Bilan d'extension initial
- Recherche de récurrence
- Évaluation de la réponse thérapeutique
-

Nature/histologie de la lésion primitive :

Stade au moment du diagnostic (+ date) :

Traitements reçus (+ dates) :

- Chirurgie :
- Radiothérapie :
- Chimiothérapie :
- Hormonothérapie :

Marqueurs tumoraux augmentés :

- Type :
- Valeur :

Résultats d'imagerie récente (type + date) :



PET PSMA-F

Récidive biologique (PSA : mg/l)

GLEASON Temps de doublement du PSA

Traitements antérieurs (+ dates)

.....

PET choline-F

Hyperparathyroïdie primaire : recherche d'adénome (PTH : ng/l)

PET cérébral

Bilan de tumeur

Bilan d'épilepsie

Bilan démence

Résultats d'imagerie récente (type + date) :

Clinique : (MMSE :/30)

.....

Hypothèse diagnostique :

.....

PET cardiaque

Viabilité

Endocardite

Problème clinique posé :

.....

PET infectiologie/inflammation

Problème clinique posé :

.....

.....

Informations importantes à l'attention du patient et du médecin prescripteur

Le patient doit être à **jeun** au moins **6h avant l'heure de l'examen**. Seule l'eau est autorisée.

En cas de perfusion, toute solution glucosée ou alimentation parentérale doit être arrêtée **6h avant l'heure de l'examen** et remplacée par du **sérum physiologique**.

Le patient doit arriver à son rendez-vous **une demi-heure à l'avance**.

Si l'heure de l'examen est modifiée pour des raisons techniques ou autres, le patient sera **averti la veille par le secrétariat**.