

DEMANDE DE PET-Scan à la F-Choline

Les rendez-vous sont à prendre auprès du secrétariat du CIN de Roanne au 04.77.44.44.77.
Merci de remplir ensuite cet imprimé et de le transmettre au secrétariat du CIN de Roanne
(fax : 04.77.44.44.79 ou mail : cinro@cinse.com).

PATIENT		
Nom :	Prénom :	DN :/...../.....
Adresse :		
Adresse mail :		
Téléphone :		
<u>Poids</u> :	Taille :	Sexe :
Terrain allergique :	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> Préciser :

MEDECIN DEMANDEUR:

<p>L'examen se déroulera au CENTRE D'IMAGERIE NUCLEAIRE CLINIQUE DU RENAISON, 75 RUE GENERAL GIRAUD 42300 ROANNE</p> <p>Le patient doit être à jeun depuis 4 heures. Bien boire avant l'examen. Le patient doit pouvoir rester en décubitus strict pendant 15 minutes. Durée totale de l'examen : 1 heure. Apporter les examens d'imagerie déjà pratiqués (scanner, IRM, échographie).</p>

Diagnostic primaire <input type="checkbox"/> Bilan d'extension initial <input type="checkbox"/> Récidive <input type="checkbox"/>	RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :
Dernier taux de PSA: ng/ml	
Hormonothérapie en cours <input type="checkbox"/>	
<u>Réservé CIN</u> VALIDATION <input type="checkbox"/> TABLE RTE <input type="checkbox"/> INJECTION <input type="checkbox"/>	