

DEMANDE DE PET-Scan à la F-DOPA

Indication Oncologique

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 :		
Poids :	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 DU 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 : 1h30 à 2h. Apporter les examens d'imagerie déjà pratiqués (scanner, IRM, échographie).</p>

<p>Diagnostic primaire <input type="checkbox"/></p> <p>Bilan d'extension initial <input type="checkbox"/></p> <p>Récidive <input type="checkbox"/></p> <p>Evaluation maladie résiduelle <input type="checkbox"/></p> <hr/> <p><u>Réservé CIN</u></p> <p>VALIDATION <input type="checkbox"/> TABLE RTE <input type="checkbox"/></p> <p>LASILIX <input type="checkbox"/> INJECTION <input type="checkbox"/></p>	<p>RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :</p>
---	--

	<p>En cas d'allaitement ou risque de grossesse, prendre contact préalablement avec un médecin du CIN</p>
---	--