

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