

Merci de remplir cet imprimé et de le transmettre, le jour de la prise de RDV, au secrétariat :

- **SAINT ETIENNE** (Tel : 04 77 33 05 88 – Fax : 04 77 25 09 28 – Mail : cinse@cinse.com)
Bâtiment Rubidium - 41 bd de la Palle (site de l'Hôpital privé de la Loire)
- **LE PUY EN VELAY** (Tel : 04 71 04 35 88- Fax : 04 71 04 35 89 – Mail : cinlp@cinse.com)
10 Bd Chantemesse (site Hôpital E. Roux)
- **ROANNE** (Tel : 04 77 44 44 77 – Fax : 04 77 44 44 79 – Mail : cinro@cinse.com)
75 rue Général Giraud (site Clinique du Renaison)

PATIENT

Nom : _____ Prénom : _____ DN :/...../.....

Adresse :

Adresse mail :

N° de téléphone fixe :

N° de téléphone portable :

Poids :

Taille :

Sexe :

Diabète :

NON

DNID

DID

Traitement anti-parkinsonien :

NON

OUI

MEDECIN DEMANDEUR :

ANTECEDENTS, EXAMENS et ACTES ANTERIEURS (pertinents dans la demande) :

HISTOIRE ACTUELLE, MOTIF de la DEMANDE :

EXAMEN DEMANDE : TEP-SCAN, uniquement sur les sites de Saint-Etienne et Roanne

- TEP cérébrale au ¹⁸F¹⁸FDG
- TEP cérébrale à la ¹⁸F-DOPA
- TEP cérébrale et TAP au ¹⁸F¹⁸FDG (bilan syndrome paranéoplasique)
Note interne CIN : plage FDG cerv + FDG 8h



Examen contre-indiqué en cas de grossesse