

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)

<b>PATIENT</b>			
Nom :	Prénom :	DN : ...../...../.....	
Adresse :			
Adresse mail :			
N° de téléphone fixe :			
N° de téléphone portable :			
<b>Poids :</b>	<b>Taille :</b>	Sexe :	
<b>Diabète :</b>	NON <input type="checkbox"/>	DNID <input type="checkbox"/>	DID <input type="checkbox"/>
<b>Traitement anti-parkinsonien :</b>	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	

<b>MEDECIN DEMANDEUR :</b>
----------------------------

**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

<input type="checkbox"/>	TEP cérébrale au <sup>18</sup> F <sup>18</sup> FDG
<input type="checkbox"/>	TEP cérébrale à la <sup>18</sup> F-DOPA
<input type="checkbox"/>	TEP cérébrale et TAP au <sup>18</sup> F <sup>18</sup> FDG (bilan syndrome paranéoplasique) <i>Note interne CIN : plage FDG cerv + FDG 8h</i>

	Examen contre-indiqué en cas de grossesse
---	---