

DEMANDE d'examen TEP DOTATOC – Gallium 68

Les rendez-vous sont à prendre auprès du secrétariat du CIN de St Etienne au 04.77.33.05.88.
Merci de remplir ensuite cet imprimé et de le transmettre au secrétariat du CIN de St Etienne
(fax : 04.77.25.09.28 ou mail : cinse@cinse.com).

PATIENT		
Nom :	Prénom :	DN :/...../.....
Adresse :		
Téléphone (portable si possible) :		
Adresse mail :		
Poids :	Taille :	
Terrain allergique :	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> Préciser :

MEDECIN DEMANDEUR:

ACTES DEJA EFFECTUES :
TEP FDG : date : / / - TEP F-DOPA : date : / / - scanner : date : / /
TRAITEMENT PAR ANALOGUES DE LA SOMATOSTATINE : NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>
Date dernière injection : / / - Date prochaine injection : / /

<p>L'acte se déroulera au CENTRE D'IMAGERIE NUCLEAIRE HPL – BATIMENT RUBIDIUM – 41 BD DE LA PALLE 42100 ST ETIENNE</p> <p>Le patient NE DOIT PAS ETRE A JEUN Le patient doit amener une gourde ou une bouteille. Il restera au CIN 2 à 3h, dans un box individuel (pas de visite possible). Apporter les examens d'imagerie déjà pratiqués (scanner, IRM, échographie) et l'ordonnance du traitement habituel.</p>

<p><u>Chirurgie</u> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> date : / /</p> <p><u>R.I.V.</u> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> date : / /</p> <p><u>Sandostatine</u> NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> date dernière injection : / / date prochaine injection : / /</p> <p><u>Réservé CIN :</u> Initiales médecin : VALIDATION <input type="checkbox"/> TAP <input type="checkbox"/> TAP ORL</p>	<p>RENSEIGNEMENTS CLINIQUES : Résumé de l'histoire de la maladie avec date des précédentes lignes de traitement (chimiothérapie, ...) et chirurgies</p>
---	--