



DEMANDE DE TEP  FDG  F-CHOLINE  F-DOPA  AUTRE

Merci de nous envoyer cette demande par fax : **01.42.43.00.74** ou par mail : **contact@groupe-imf.com**

Vous pouvez également nous adresser une demande en ligne en remplissant directement un formulaire web sur notre site **www.groupe-imf.com**

Nous contacterons votre patient(e) pour convenir d'un rdv et vous en adresserons la confirmation.

MÉDECIN DEMANDEUR

Nom : \_\_\_\_\_

Tél / poste de soins : \_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_

Fax : \_\_\_\_\_

Date de la demande : \_\_\_\_\_

Date du prochain RDV médical : \_\_\_\_\_

Cachet médecin / UF service

INFORMATIONS PATIENT(E)

Nom, Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_

Téléphone mobile : \_\_\_\_\_

Téléphone domicile : \_\_\_\_\_

Patient hospitalisé :  NON  OUI

Poids / Taille : \_\_\_\_\_

Diabétique :  NON  OUI => DNID  DID

DÉLAI DE RDV SOUHAITÉ

Urgence  Sous 72h  Sous 7 j  Sous 15 j  Sous 30 j  Date spécifique : \_\_\_\_\_

MOTIF DE LA DEMANDE - INDICATION

[Empty box for indication]

- Caractérisation
- Bilan initial
- Evaluation thérapeutique
- Chirurgie tumorale (date) : \_\_\_\_\_
- Chimiothérapie (date dernière cure) : \_\_\_\_\_
- Autres traitements : \_\_\_\_\_

- Récidive
- Radiothérapie (date clôture) : \_\_\_\_\_
- Immunothérapie (date dernier cure) : \_\_\_\_\_