

Demande d'examen PET-CT

Tél. secrétariat : 0800 603 800 | Email : chvr.medecine.nucleaire@hopitalvs.ch

Identité du patient

Nom : Adresse :
Prénom :
Date de naissance : Tél. :

- ¹⁸F-DG ¹⁸F-PSMA ¹⁸F-Choline
- Avec CT-scan injecté iodé : oui non
· Sur table de radiothérapie : oui non

Diagnostic / Indication

Renseignements cliniques

Poids : kg Taille : cm
Allergie connue aux produits de contraste iodés :
Glycémie (à jeun) : date :
Créatinine (< 3 mois) : date :
Antidiabétiques : non oui (médicaments/administration)
Claustrophobie : non oui, prémédication

Traitement en cours

Chimiothérapie date dernière cure :
 Radiothérapie date dernière irradiation :
 Thérapie ciblée date dernière cure :
 Immunothérapie date dernière cure :
 Autres :
Facteurs de croissance hématopoïétique : oui non date :

Médecin demandeur (timbre et signature) :

Tél :

Copie à :