

DEMANDE DE RENDEZ-VOUS TEP

MERCI DE NOUS ENVOYER CETTE DEMANDE PAR FAX AU : **01.48.39.43.20**

INFORMATIONS ET PLAN D'ACCES SUR NOTRE SITE: <http://scinti-scan-irm-roseraie.fr>

INFORMATIONSPATIENT

NOM : _____ PRENOM : _____ Date de naissance : _____
Adresse : _____

Tél. Dom : _____ Port : _____ Mail : _____

Patient Hospitalisé : ☐ OUI ☐ NON TEL du Service : _____

POIDS : TAILLE :



**Patient à jeun 6 heures avant
Pas de perfusion glucosée**

INFORMATIONSMEDecin

Nom du médecin : _____
Tél/Fax : _____
Mail : _____

Tampon prescripteur

DATE DE RENDEZ-VOUS SOUHAITE

☐ Urgence ☐ Dans la semaine ☐ Au delà

MOTIFDELADEMANDE-INDICATION

RENSEIGNEMENTS - CONTRE INDICATIONS

IndicationTEP

- ☐ Bilan initial
☐ Bilan de récidence
☐ Rép. thérapeutique

Diabète

Diabétique
DNID
DID
Equilibré

Oui Non
☐ ☐
☐ ☐
☐ ☐

Antécédents

Date dernière Chimio : _____
Date dernière Radio : _____
Date dernière Chirurgie : _____



L' EXAMEN SERA REALISE A L'ADRESSE SUIVANTE :
Service de Scintigraphie- TEP, Centre cardiologique du Nord
32 RUE DES MOULINS GEMEAUX
93200 SAINT DENIS



TEL ROSERAIE : **01.48.39.45.45** <http://scinti-scan-irm-roseraie.fr>

FAX : **01.48.39.43.20**