



**DEMANDE D'EXAMEN TEP-TDM - STRASBOURG IMAGERIE MOLECULAIRE**

*Dr. Bénédicte Vagne , Dr. Nastassja Kresser-Muller & Dr Medhi Helali*

Les demandes d'examen peuvent être faites directement en ligne sur le site

<https://portal.venusshare.com/portal/orangerie>.

Les images et le compte-rendu seront disponibles en ligne sur **Vénus Diffusion**.

|   |  |                                       |
|---|--|---------------------------------------|
| Traceur : <input type="checkbox"/> 18F-FDG <input type="checkbox"/> 18F-FCholine <input type="checkbox"/> 18F-FDOPA   |  | Date de la demande : .....            |
| <b>MEDECIN : Nom</b> .....  |  | <b>Téléphone</b> .....                |
| <b>Etablissement</b> .....  |  | <b>Service</b> .....                  |
| <b>Adresse</b> .....  |  |                                       |
| <b>Fax</b> .....  |  | <b>E-mail</b> .....                   |
| <b>PATIENT : Nom</b> .....  |  | <b>Prénom</b> ..... <b>Sexe</b> ..... |
| <b>Date de naissance</b> .....  |  | <b>Téléphone</b> .....                |
| <b>Adresse</b> .....  |  |                                       |
| <b>E-mail</b> : .....   |  |                                       |
| (Si nécessaire, préciser l'identité et les coordonnées d'une autre personne à contacter)<br>.....   |  |                                       |
| <b>ANATOMOPATHOLOGIE DE LA TUMEUR, SI CONNUE :</b>  |  |                                       |
| <b>QUESTION DIAGNOSTIQUE :</b>  |  |                                       |
| <b>ENJEU THERAPEUTIQUE :</b>  |  |                                       |
| Délai dans lequel l'examen est souhaité : <input type="checkbox"/> < 1 semaine <input type="checkbox"/> < 2 semaines <input type="checkbox"/> < 1 mois <input type="checkbox"/> autre : |  |                                       |
| <b>TRAITEMENT(S) ONCOLOGIQUE(S) ANTERIEUR(S) :</b> <input type="checkbox"/> Aucun   |  |                                       |
| <input type="checkbox"/> Chirurgie tumorale → Date de la <b>dernière</b> intervention .....   |  |                                       |
| <input type="checkbox"/> Chimiothérapie IV ou per os → Date de la <b>dernière</b> administration .....  |  |                                       |
| <input type="checkbox"/> Radiothérapie → Date de la <b>dernière</b> séance, <b>région</b> irradiée .....  |  |                                       |
| <input type="checkbox"/> Hormonothérapie ..... <input checked="" type="checkbox"/> Facteur de croissance .....  |  |                                       |
| <b>➔ DIABETE :</b> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> oui (si oui, traitement par insuline : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui)              |  |                                       |
| <b>➔ POIDS :</b> <b>TAILLE :</b> Absence de grossesse vérifiée : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non  |  |                                       |
| Contraception : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Date des dernières règles : ____ / ____ / ____ <input type="checkbox"/> Ménopause                             |  |                                       |
| <input type="checkbox"/> Pathologie(s) <b>inflammatoire(s)</b> ou <b>infectieuse(s)</b> connue(s) .....   |  |                                       |
| <input type="checkbox"/> Antécédent(s) chirurgical(aux) non oncologique(s) .....  |  |                                       |
| <b>Statut :</b> <input type="checkbox"/> Hospitalisé(e) <input type="checkbox"/> HDJ <input type="checkbox"/> Externe   |  |                                       |
| <b>Mobilité :</b> <input type="checkbox"/> Lit <input type="checkbox"/> Fauteuil <input type="checkbox"/> Valide  |  |                                       |
| Souhaitez-vous un CD ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON  |  |                                       |
| <b>Si le patient a déjà eu un TEP-Scan antérieur dans un autre centre, merci de nous fournir le CD et CR.</b>   |  |                                       |