



Demande de PET-CT scanner

Données patient obligatoire

NOM :

PRÉNOM :

DN : M/F

Tel. /GSM :

Interne Salle :/ Externe

Poids :

Taille :

Diabète : Insuline / ADO

Allergie :

Allergie PCI : oui / non

Insuffisance Rénale

Grossesse / Allaitement

Traceur PET : FDG Autres (à préciser) :

CT-scanner + C : Thoraco-Abdominal Thorax Abdomen Autres (à préciser) :

Indication justificative de l'examen (si non reprise ci-dessous) et informations pertinentes à la demande :

.....
.....
.....

Examen(s) pertinent(s) précédent(s) relatif(s) à la demande diagnostic (à compléter impérativement)

CT

IRM

Rx

Echographie

Autres :

Inconnu

PET-CT Oncologique

Diagnostic Bénin/Malin Bilan d'extension initial Recherche de récurrence Suivi de traitement

Nature / histologie de la lésion primitive :

Stade au moment du diagnostic (+date) :

Sites secondaires connus :

Traitements reçus (+dates) :

Autres infos utiles :

PET-CT Cérébral

o Oncologique (**Thyrosine**) :

o Neurologique (**FDG**) :

Données cliniques :

.....

.....

MMSE :

PET-CT Infectiologie / pathologies inflammatoires

Données cliniques :

.....

.....

.....

PET-CT Cardiaque

o Viabilité :

.....

Renseignements complémentaires

.....

.....

Date, cachet, numéro d'INAMI et signature du médecin prescripteur