

DEMANDE DE PET/CT SCANNER

<p>(PATIENT : les coordonnées de nom, prénom, date de naissance, sexe du patient sont obligatoires + téléphone/gsm svp)</p> <p>Nom :</p> <p>Prénom :</p> <p>DN :</p> <p>M/F :</p> <p>Tél et/ou gsm :</p> <p><input type="checkbox"/> Ext / <input type="checkbox"/> Salle d’hospi. :</p>	<p style="text-align: center;">Données à compléter impérativement</p> <p>Poids :</p> <p>Taille :</p> <p><input type="checkbox"/> Diabète</p> <p><input type="checkbox"/> Insulinothérapie</p> <p><input type="checkbox"/> Allergie</p> <p><input type="checkbox"/> Insuffisance rénale</p> <p><input type="checkbox"/> Grossesse</p>	<p style="text-align: center;">Médecin Prescripteur : (cachet ou identité + numéro INAMI)</p> <p>Copie (s) à :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
--	--	--

- | | | |
|---|-------------------------------------|---|
| <p>▪ CT</p> <p><input type="checkbox"/> Thoraco-abdominal low dose</p> <p><input type="checkbox"/> Thoraco-abdominal + C</p> <p><input type="checkbox"/> Autres (à préciser) :</p> | <p><u>Traceurs PET :</u></p> | <p><input type="checkbox"/> FDG</p> <p><input type="checkbox"/> Tyrosine (FET)</p> <p><input type="checkbox"/> DOTANOC</p> <p><input type="checkbox"/> PSMA</p> |
|---|-------------------------------------|---|

▪ Examens(s) pertinent(s) précédents(s) relatifs à la demande de diagnostic (à compléter impérativement) :

CT
 IRM
 RX
 Echographie
 Autre(s) :
 Inconnu

Informations cliniques pertinentes et explication de la demande de diagnostic :

.....

.....

.....

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) :

PET/CT cérébral : Oncologie Neurologie

Données cliniques :

.....

.....

.....

PET/CT cardiaque : Viabilité :

PET/CT infectiologie/pathologies inflammatoires :

Données cliniques :

.....

.....

.....