

## DEMANDE DE PET/CT SCANNER

<p><b>(Patient</b> : les coordonnées de nom, prénom, date de naissance, sexe du patient sont obligatoires + téléphone/gsm svp)</p> <p>NOM : .....</p> <p>PRENOM : .....</p> <p>DN : ..... M / F</p> <p>.....</p> <p>Tél. / gsm : .....</p> <p><input type="checkbox"/> Ext / <input type="checkbox"/> Salle d'hospi. : .....</p>	<p align="center">Données à compléter impérativement</p> <p>Poids : .....</p> <p>Taille : .....</p> <p><input type="checkbox"/> Diabète</p> <p><input type="checkbox"/> Allergie : .....</p> <p><input type="checkbox"/> Insulinothérapie</p> <p><input type="checkbox"/> Insuffisance rénale</p> <p><input type="checkbox"/> Grossesse</p>	<p>Médecin prescripteur : (<i>cachet ou identité + numéro INAMI</i>)</p> <p>.....</p> <p>Copie (s) à : .....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
--	---	--

- |   |   |
|---|---|
| <p><input checked="" type="checkbox"/> <b>CT</b>    <input type="checkbox"/> thoraco-abdominal + C</p> <p>          <input type="checkbox"/> thorax + C</p> <p>          <input type="checkbox"/> abdomen + C</p> <p>          <input type="checkbox"/> autres (à préciser) : .....</p> | <p><b><u>Traceurs PET</u></b> :    <input type="checkbox"/> <b>FDG</b></p> <p>                                  <input type="checkbox"/> <b>Tyrosine</b></p> <p>                                  <input type="checkbox"/> <b>DOTATATE</b></p> <p>                                  <input type="checkbox"/> <b>PSMA</b> (critères spécifiques)</p> |
|---|---|

Examen(s) pertinent(s) précédent(s) relatif(s) 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 récidence  
 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 : .....

.....

.....