

## DEMANDE DE PET-Scan à la F-Choline

Les rendez-vous sont à prendre auprès du secrétariat du CIN de St Etienne au 04.77.33.05.88.  
Merci de remplir ensuite cet imprimé et de le transmettre au secrétariat du CIN de St Etienne  
(fax : 04 77 25 09 28 ou mail : cinse@cinse.com).

<b>PATIENT</b>		
Nom :	Prénom :	DN : ...../...../.....
Adresse :		
Téléphone :		
<b>Poids :</b>	Taille :	Sexe :
<b>Terrain allergique :</b>	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> Préciser :

<b>MEDECIN DEMANDEUR:</b>
---------------------------

<p>L'examen se déroulera au <b>CENTRE D'IMAGERIE NUCLEAIRE</b> <b>REZ DE CHAUSSEE H.P.L - 39 BD DE LA PALLE – ST ETIENNE.</b></p> <p>Le patient doit être <b>à jeun depuis 4 heures</b>. Bien boire avant l'examen. Le patient doit pouvoir rester en décubitus strict pendant 15 minutes. Durée totale de l'examen : 1 heure. Apporter les examens d'imagerie déjà pratiqués (scanner, IRM, échographie).</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Diagnostic primaire <input type="checkbox"/> Bilan d'extension initial <input type="checkbox"/> Récidive <input type="checkbox"/> <b>Dernier taux de PSA:</b> ..... ng/ml <b>Hormonothérapie en cours</b> <input type="checkbox"/>	<b>RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :</b>
<i>Réservé CIN</i> VALIDATION <input type="checkbox"/> TABLE RTE <input type="checkbox"/> INJECTION <input type="checkbox"/>	