

# DEMANDE DE PET-Scan au <sup>18</sup>F-PSMA

Les rendez-vous sont à prendre auprès du secrétariat du CIN du Puy-en-Velay au 04.71.04.35.88.  
Merci de remplir ensuite cet imprimé et de le transmettre au secrétariat du Puy-en-Velay  
(fax : 04.71.04.35.89 ou mail : [cinlp@cinse.com](mailto:cinlp@cinse.com)).

## PATIENT

Nom : Prénom : DN : ...../...../.....

Adresse :

Téléphone (portable si possible) :

Adresse mail :

**Poids :**

Taille :

**Terrain allergique :** NON ☐ OUI ☐ Préciser :

## MEDECIN DEMANDEUR:

## ACTES DEJA EFFECTUES :

Biopsie chirurgicale ou intervention :

NON ☐

OUI ☐

Préciser :

date : / /

Radiothérapie :

NON ☐

OUI ☐

Préciser :

date : / /

L'examen se déroulera au **CENTRE D'IMAGERIE NUCLEAIRE**

**CENTRE HOSPITALIER EMILE ROUX – 10 BD DR CHANTEMESSE – 43012 LE  
PUY EN VELAY CEDEX**

Le patient **NE DOIT PAS ETRE A JEUN, ET DOIT BOIRE** ½ litre d'eau dans les 2h qui précèdent, sans garder la vessie pleine.

Le patient doit pouvoir rester en décubitus strict pendant 15 minutes. Durée totale de l'examen : 2h.

Apporter les examens d'imagerie déjà pratiqués (scanner, IRM, échographie).

Evaluation avant RIV ☐

Bilan d'extension ☐

Récidive biologique ☐

Evaluation thérapeutique ☐

Réservé CIN

VALIDATION ☐

## RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :

Score Gleason :

Taux de PSA :