

DEMANDE DE PET-Scan au ¹⁸F-PSMA

Les rendez-vous sont à prendre auprès du secrétariat du CIN de Roanne au 04.77.44.44.77.
Merci de remplir ensuite cet imprimé et de le transmettre au secrétariat du CIN de Roanne
(fax : 04.77.44.44.79 ou mail : cinro@cinse.com).

PATIENT		
Nom :	Prénom :	DN :/...../.....
Adresse :		
Téléphone (portable si possible) :		
Adresse mail :		
<u>Poids</u> :	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 CLINIQUE DU RENAISSON - 75 RUE GENERAL GIRAUD - 42300 ROANNE	
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 ☐	RENSEIGNEMENTS CLINIQUES : Score Gleason : Taux de PSA :
<u>Réservé CIN</u> VALIDATION ☐	