

# 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)).

<b>PATIENT</b>		
Nom :	Prénom :	DN : ...../...../.....
Adresse :		
Téléphone (portable si possible) :		
Adresse mail :		
<b>Poids :</b>	Taille :	
<b>Terrain allergique :</b>	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> Préciser :

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

<b>ACTES DEJA EFFECTUES :</b>		
Biopsie chirurgicale ou intervention :		date : / /
NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> Préciser :	
Radiothérapie :		date : / /
NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> Préciser :	

<p>L'examen se déroulera au <b>CENTRE D'IMAGERIE NUCLEAIRE</b>  <b>CENTRE HOSPITALIER EMILE ROUX – 10 BD DR CHANTEMESSE – 43012 LE PUY EN Velay CEDEX</b></p> <p>Le patient <b>NE DOIT PAS ETRE A JEUN, ET DOIT BOIRE</b> 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).</p>
--

Evaluation avant RIV <input type="checkbox"/> Bilan d'extension <input type="checkbox"/> Récidive biologique <input type="checkbox"/> Evaluation thérapeutique <input type="checkbox"/>	<b>RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :</b>
<u>Réservé CIN</u>	
VALIDATION <input type="checkbox"/>	Score Gleason : Taux de PSA :