

# DEMANDE DE PET-Scan à la F-DOPA

## Indication Oncologique


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 :		
Adresse mail :		
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>CENTRE HOSPITALIER EMILE ROUX – 10 BD DR CHANTEMESSE – 43012 LE PUY EN</b> <b>VELAY CEDEX</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 : 1h30 à 2h. Apporter les examens d'imagerie déjà pratiqués (scanner, IRM, échographie).</p>
--

<p>Diagnostic primaire <input type="checkbox"/></p> <p>Bilan d'extension initial <input type="checkbox"/></p> <p>Récidive <input type="checkbox"/></p> <p>Evaluation maladie résiduelle <input type="checkbox"/></p> <hr/> <p><u>Réservé CIN</u></p> <p>VALIDATION <input type="checkbox"/> TABLE RTE <input type="checkbox"/></p> <p>LASILIX <input type="checkbox"/> INJECTION <input type="checkbox"/></p>	<p><b>RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :</b></p>
---	--

 <p>En cas d'allaitement ou risque de grossesse, prendre contact préalablement avec un médecin du CIN</p>
--