DEMANDE D'EXAMEN
PAR TOMOGRAPHE D'ÉMISSION DE POSITONS (TEP)
A LILLE

Demande à adresser au Service Central de Médecine Nucléaire de l'Hôpital Roger Salengro

IDENTIFICATION DU PATIENT

NOM ..... PRÉNOM .....

NOM DE JEUNE FILLE .....

DATE DE NAISSANCE .....

ADRESSE .....
.....
.....
.....

TEL .....

MOTIFS MEDICAUX JUSTIFIANT CET EXAMEN

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

PATIENT DIABETIQUE ☐ OUI ☐ NON

PERIODE SOUHAITEE POUR LA REALISATION DE L'EXAMEN TEP .....

POSTE A RAPPELER SI BESOIN .....

Date de la prescription : .....

Le sous-signé s'engage à fournir les éléments nécessaires à l'évaluation réglementaire de la TEP

Cachet du Service ou du Médecin demandeur

NOM DU MEDECIN PRESCRIPTEUR

SIGNATURE

Toutes les rubriques doivent être obligatoirement complétées
Contact : 45656 ou 03.20.44.56.56 - FAX : 46414 ou 03.20.44.64.14