

T +41 (0)22 719 77 40 / F +41 (0)22 719 77 41

E-mail : secretariat.medecine-nucleaire@latour.ch**IDENTITÉ DU PATIENT**Nom / Prénom *[étiquette]*Date de naissance *[jj.mm.aaaa]*

IPP _____

Sexe M F Date d'examen : _____**MÉDECIN PRESCRIPTEUR**

Nom / Prénom

Téléphone

E-mail

Copie à

Pensez à joindre les résultats de pathologie, les lettres de sortie et/ou les décisions du tumor-board. **¹⁸F-DG**

Diabète:

 non oui Insuline METFORMIN

Centrage radiothérapie:

 non oui **¹⁸F-PSMA**

PSA : _____ ng/ml

DT : _____ mois

Gleason : _____

TNM : _____

 ⁶⁸Ga-DOTATATE

CgA : _____ U/L

Ki-67 : _____ %

 ¹⁸F-CHOLINE CHC

Child _____

 Parathyroïde

PTH _____

Calcémie _____

 AUTRES ¹⁸F-DG cérébral Plaques Amyloïdes ¹⁸F-FET**INDICATIONS CLINIQUES** Bilan initial Évaluation thérapeutique /Suivi Suspicion/ Bilan de récurrence Autre**INFORMATIONS CLINIQUES OBLIGATOIRES [Toute demande incomplète sera renvoyée à votre secrétariat]**

Poids : _____ kg

Insuffisance rénale: non oui

Valeur créatinine < 1 mois: _____ mmol/L Date : _____

Allergie connue aux produits de contraste iodés: non oui

Dans quel centre et à quelle date : _____

Traitement en cours : **Chimiothérapie** Date dernière cure _____ Prochaine cure _____ **Radiothérapie** Date dernière irradiation _____ **Thérapie ciblée** Date dernière cure _____ Prochaine cure _____ **Immunothérapie** Date dernière cure _____ Prochaine cure _____ **Autres:** _____Facteurs de croissance hématopoïétique: oui non Date: _____