



# TEP-SCAN CHOLINE

Centre d'Explorations Isotopiques

Hôpitaux Privés Rennais - Saint-Grégoire | 6 Bd de la Boutière – 35760 Saint-Grégoire

Tél : 02.99.23.32.99 – Fax : 02.99.23.32.97 - Email : [contact@cei.fr](mailto:contact@cei.fr)

Transmission des résultats par messagerie sécurisée Apicrypt :

[centre-explo.iso@medical35.apicrypt.org](mailto:centre-explo.iso@medical35.apicrypt.org)

Plan d'accès et prise de RDV en ligne sur notre site web : [www.cei.fr](http://www.cei.fr) , rubrique Espace médical

Demande de TEP à la Choline envoyée le :

RDV le :

Médecin prescripteur :

Date souhaitée :

Lieu d'exercice :

**Merci d'apporter les anciens examens (échographie, scanner, IRM).**

## INFORMATIONS PATIENT

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Poids :

Tél. domicile :

Portable :

Taille :

Si patient hospitalisé :

Tél. du service :

**Patient à jeun 6 heures avant. Pas de perfusion de glucosé.**

## RENSEIGNEMENTS

Diabétique : oui / non

Taux de PSA : ng/ml

Patient valide : Debout / Fauteuil / Brancard

Temps de doublement (en mois) :

Atcd d'hypersensibilité PDC iodé : oui / non

Prostatectomie : oui / non Date :

Si oui, type d'allergie :

Radiothérapie : oui / non Date :

Créat. ou clairance < à 3 mois :

Chimiothérapie : oui / non Date :

Hormonothérapie en cours : oui / non

## MOTIF DE LA DEMANDE – INDICATION