



# TEP-SCAN PSMA

Centre d'Explorations Isotopiques

CH de Saint-Malo | 1 Rue de la Marne – 35400 Saint-Malo

Tél : **02.99.21.28.28** – Fax : **02.99.21.29.63** - Email : [contact2@cei.fr](mailto:contact2@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 PSMA 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 4 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