



# TEP-SCAN CHOLINE

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 : [stmalo@cei.fr](mailto:stmalo@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