



Boulevard 12^{ème} de Ligne, 1 4000 Liège

RDV interne 04/321 74 01

RDV externe : 04/321 66 17

Dr F. Daenen – Dr G. Letesson

Dr C. van der Rest

<https://www.chrcitadelle.be/Services/Services-medicaux/Medecine-nucleaire/Accueil.aspx>

DEMANDE DE PET-CT SCANNER

Données patient obligatoire

NOM :
PRENOM :
DN :M / F
Tél. / GSM :
Interne Salle : / Externe

Poids :

Taille :

- Diabète : Insuline / ADO
- Allergie :
- Allergie PCI : oui / non
- Insuffisance Rénale
- Grossesse / Allaitement

Traceur PET : FDG Autres (à préciser) :

CT-scanner + C : Thoraco-Abdominal Thorax Abdomen Autres (à préciser) :

Indication justificative de l'examen (si non reprise ci-dessous) et informations pertinentes à la demande :

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

❖ **Examen(s) pertinent(s) précédent(s) relatif(s) à la demande diagnostic (à compléter impérativement)**

CT IRM Rx Echographie Autres : Inconnu

PET-CT Oncologique :

Diagnostic Bénin/Malin Bilan d'extension initial Recherche de récurrence Suivi de traitement

Nature / histologie de la lésion primitive :

Stade au moment du diagnostic (+date) :

Sites secondaires connus :

Traitements reçus (+dates) :

Autres infos utiles :

PET-CT Cérébral :

O Oncologique (**Thyrosine**) :

O Neurologique (**FDG**) :

Données cliniques :

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

MMSE :

PET-CT Infectiologie / pathologies inflammatoires :

Données cliniques :

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

PET-CT Cardiaque :

O Viabilité :

.....

Renseignements complémentaires :

.....
.....

Date, cachet, numéro d'INAMI et signature du médecin prescripteur :

Nomenclature légale des indications PET-CT :

Indications de l'A.R. du 24/12/2015 : http://www.ejustice.just.fgov.be/doc/rech_f.htm (NUMAC = 2015022560)