

Tél. secrétariat 027 603 4300
Fax secrétariat 027 603 4301

Merci de compléter tous les champs de la demande qui sont tous indispensables à la planification et à la réalisation de l'examen avec un maximum de sécurité pour le patient.

Identité du patient :

Nom : _____ Adresse : _____
Prénom : _____ Téléphone : _____
Date de naissance : _____ Mobile : _____

Diagnostic :

Indications à l'examen PET-CT :

Examen à effectuer sur table de radiothérapie (planification de traitement)

Renseignements cliniques :

Glycémie (à jeun) _____ Date _____ Poids _____ kg Taille _____ cm
Créatinine (moins de 3 semaines) _____ Date _____
Médication antidiabétique (si oui : médicaments / administration orale ou injection le matin)

Allergies : _____

Grossesse Non Oui
Claustrophobie Non Oui – prémédication : _____

Date et lieu du dernier CT-SCAN : Examen avec injection de contraste iodé
 sans injection de contraste iodé

Merci de joindre le rapport et les images si l'examen n'a pas été réalisé à l'Hôpital du Valais.

Médecin demandeur :

Téléphone : _____
Copie du rapport à : _____

Timbre et signature :