



CENTRE AIRC PET-CT LUCIEN RAYNAL
ASSOCIATION INTERHOSPITALIERE DE LA REGION DE CHARLEROI
Chaussée impériale 93, 6060 Gilly – ☎ 071/41.23.55 **Fax** : 071/48.69.54

GHdC
Tél : 071/10.75.95
Fax : 071/10.41.52

ISPPC
Tél : 071/92.09.70
Fax : 071/92.09.78

CNDG
Tél : 071/37.90.62
071/37.90.82
Fax : 071/37.91.35

DEMANDE D'EXAMEN

⁶⁸Ga-PSMA PET-CT

Identification du patient / Vignette

Nom :
Prénom :
DN :
Adresse :
☎

Date + signature + cachet du prescripteur

Médecin spécialiste obligatoirement cfr A.R. 24/12/2015

Date et heure de rendez-vous :

Poids :

Taille:

Information obligatoires demandées par les directives INAMI pour le CT: (A compléter par le prescripteur)

Diabète : NON – OUI

Allergies : NON – OUI

Si oui quel type et traitement(s) (metformine,...) :

Si oui lesquelles

Insulinothérapie : NON – OUI

Insuffisance rénale : NON – OUI

Créatinine + date:

LE PATIENT NE DOIT PAS ETRE A JEUN ET PEUT PRENDRE SES MEDICAMENTS

Indication :

- Indication : Suspicion de récurrence / ré-évaluation
- Hors indication : Staging initial si "interm. or high risk patient" (uniquement sur avis de la CMO)

Motif de la demande :

Gleason score :

Stade TNM :

Sites secondaires connus :

Traitements reçus :

- Prostatectomie radicale : OUI / NON
- Radiothérapie/brachythérapie : OUI / NON
- Chimiothérapie : OUI / NON
- Hormonothérapie : OUI / NON

- Autres :

PSA

- Valeur actuelle + date :

- Valeur précédente + date :

Résultats d'imagerie récente (type +date) :

*La prestation ne peut être portée en compte **qu'une seule fois par période de 12 mois pour la même indication** chez le même patient porteur de la même pathologie. **Si l'action thérapeutique est influencée de manière décisive par un nouveau bilan**, une seule répétition de la prestation peut être portée en compte pendant cette période de 12 mois pour la même indication chez le même patient porteur de la même pathologie. Une **motivation claire** doit être reprise dans le dossier médical et rester à la disposition du médecin-conseil.*

Le patient a-t-il bénéficié d'un PET-scan dans la période de 12 mois pour la même indication :

OUI - NON

Justification clinique de la répétition (à reprendre dans le dossier médical) :