

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
071/37.90.62
071/37.90.82

DEMANDE D'EXAMEN PET-CT NEURO

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 nouvelles directives INAMI pour le CT: (A compléter par **le prescripteur**)

Diabète : NON – OUI

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

Insulinothérapie : NON – OUI
Si oui précisez :

Grossesse : NON – OUI

Contraception : NON – OUI

Implant(s) : NON – OUI

Allergies : NON – OUI
Si oui lesquelles

Insuffisance rénale : NON – OUI

RENSEIGNEMENTS A DESTINATION DU PATIENT ET DU PRESCRIPTEUR

Pendant les 6 heures qui précèdent l'examen, le patient doit être **à jeun** et ne peut boire que de l'eau.

Le patient doit boire 2 à 3 verres d'eau avant de se présenter à l'examen.

Pas d'exercice physique dans les 6 heures avant l'examen.

Pour les patients hospitalisés, **arrêter toute perfusion glucosée, lipidique, alimentation parentérale** au moins 4 heures avant l'examen.

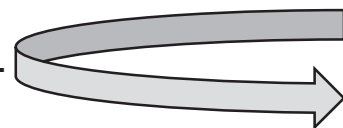
Le froid peut fausser l'examen. Veillez à vous habiller chaudement pour assurer une bonne qualité d'examen.

La durée totale est de 2 à 3 heures.

Documents nécessaires : **carte d'identité (y compris pour les patients hospitalisés)**, demande d'examen et 3 vignettes de mutuelle.

GHDC 2896 (20/01/16)

VERSO A REMPLIR IMPERATIVEMENT



- **Confirmation ou exclusion du diagnostic d'une maladie neurodégénérative de type Alzheimer**

Conditions de remboursements (1+2+3+4) : critères de l'A.R. du 24/12/2015 http://www.ejustice.just.fgov.be/doc/rech_f.htm ; numac 201502256

1. Prescription par un neurologue, psychiatre ou gériatre
2. Le score au **MMSE** (Mini Mental State Examination) est **d'au moins 24**
3. Doute persistant quant au diagnostic malgré un **bilan neuropsychologique étendu** avec évaluation des fonctions cognitives
4. Si l'examen influence de manière décisive le choix de la thérapie par spécialité pharmaceutique

- **Confirmation ou exclusion du diagnostic de syndrome Parkinson Plus**

Conditions de remboursements (1+2+3) : critères de l'A.R. du 24/12/2015 http://www.ejustice.just.fgov.be/doc/rech_f.htm ; numac 201502256

1. Prescription par un neurologue
2. Patient souffrant d'un parkinsonisme dégénératif, démontré par un examen SPECT avec 123I-FPCIT (Datscan)
3. Si l'examen influence de manière décisive la thérapie médicamenteuse par agoniste dopaminergique.

! La prestation ne peut être attestée qu'une seule fois.

- **Epilepsie**

Conditions de remboursements : critères de l'A.R. du 24/12/2015 http://www.ejustice.just.fgov.be/doc/rech_f.htm ; numac 201502256

Indiqué si la thérapie sous forme d'une intervention chirurgicale est influencée de manière décisive, pour la localisation d'un foyer épileptogène d'une épilepsie réfractaire

- **Evaluation d'une masse résiduelle ou de présomption objectivée d'une récurrence d'une tumeur maligne cérébrale ou en cas d'estimation du grade histologique d'une récurrence tumorale cérébrale**

- **Autres indications (/ex syndrome para-néoplasique, ...) : cfr demande PET-CT classique**