

A REMPLIR IMPERATIVEMENT

EXPLICATION DE LA DEMANDE :

- diagnostic (bénin vs malin)
- stadification initiale
- bilan d'opérabilité initial
- bilan d'opérabilité après traitement néo-adjuvant
- évaluation de la réponse thérapeutique
 - suspicion de récurrence
 - sur base de la clinique
- sur base d'une élévation de marqueur
- bilan d'opérabilité d'une récurrence tumorale connue

PROBLEME CLINIQUE DOMINANT ET TRAITEMENTS ANTERIEURS EVENTUELS

EXAMEN(S) DEJA REALISE(S) DANS LE CADRE DE CE DIAGNOSTIC

Précisez les dates d'examen

- Aucun :
- RX :
- Echographies :
- CT-SCAN :
- IRM :
- PET/CT :
- Scintigraphies :
- Autre :

Si oui, l'action thérapeutique sera-t-elle influencée de manière **décisive** par le résultat du Pet-Scan demandé ? *Biffer la mention inutile*

Non
Oui Précisez

Date et signature + cachet du prescripteur