



PLUVICTO

(177Lu-PSMA) Prescription

Nom du patient : _____

Téléphone : _____

Date de naissance: _____

Nom du médecin prescripteur

SIGNATURE

DATE

Tél:

Fax:

Numéro de téléphone et fax du prescripteur

Courriel du prescripteur

VMMED - 2345, rue Guy , Montréal, QC, H3H 2L9
petct@vmmed.com Tél: 514-933-5885 Fax: 514-933-4646

Documents à fournir avec cette requête

- Le **rapport par fax ou par courriel** du dernier examen TEP PSMA effectué au cours des **3 derniers mois**.
- Les **rapports par fax ou par courriel** de tous les examens d'imagerie médicale effectués au cours de la **dernière année** (CT, IRM, PET, scintigraphie osseuse).
- Toutes les images relatives aux rapports mentionnés ci-dessus (**CD, clé USB ou tout autre accès web sécurisé**).
- Une liste de médicaments **à jour**.
- ATCD médicaux du patient (courte description de toutes les lignes de thérapies reçues pour néoplasie de la prostate).
- Laboratoires (FSC, créatinine, taux de filtration glomérulaire, AST, ALT, phosphatase alcaline, urée, albumine, APS, testostérone-*au 1^{er} traitement*) récents des **3 derniers mois**.