

DEMANDE DE SCINTIGRAPHIE

Date de la demande :

PRESCRIPTEUR

Identité : Dr Tél : Fax :

Adresse :

.....

PATIENT

Nom : Mr/Mme Prénom :

Date de naissance : Tél (indispensable):

Adresse :

.....

Hospitalisé(e) : oui non Nom de l'établissement :

Service : Tél du service :

Poids :

Taille :

Risque de grossesse : oui non

Valide : oui non

Claustrophobe : oui non

SCINTIGRAPHIE DEMANDEE

myocardique

osseuse

pulmonaire

thyroïde

ganglion sentinelle

FEVG isotopique

TNE (Tektrotyd)

infection (Scintimun)

parathyroïdes

rénale (MAG3 ou DMSA)

lymphoscintigraphie

autre :

INDICATION

(symptômes, pathologie recherchée, résultats d'examen, question posée, dernier CR de consultation...)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

DELAI SOUHAITE D'EXAMEN

< 1 sem

< 2 sem

< 1 mois

ou date souhaitée :

Date de la prochaine consultation :