

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

<input type="checkbox"/> myocardique	<input type="checkbox"/> ganglion sentinelle	<input type="checkbox"/> parathyroïdes
<input type="checkbox"/> osseuse	<input type="checkbox"/> FEVG isotopique	<input type="checkbox"/> rénale (MAG3 ou DMSA)
<input type="checkbox"/> pulmonaire	<input type="checkbox"/> TNE (Tektrotyd)	<input type="checkbox"/> lymphoscintigraphie
<input type="checkbox"/> thyroïde	<input type="checkbox"/> infection (Scintimun)	<input type="checkbox"/> 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 :