Date de la demande : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Délai souhaité : Rapide ⬜ / Habituel ⬜

 Date programmée : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Patient :**

**Nom : Prénom :**

**Date de naissance : Numéro de téléphone :**

Adresse :

**Poids :** Taille : Patient Hospitalisé ⬜ service :

 Tel du service :

Validité du patient : Valide ⬜ Fauteuil ⬜ Brancard ⬜

Claustrophobie : Oui ⬜ Non ⬜

**Pour les femmes :**

Contraception : Oui ⬜ Non ⬜ Date des dernières règles :

**Type d’examen :**

⬜ Os

⬜ Reins : ⬜ Statique (DMSA) ⬜ Dynamique (MAG3 + Lasilix)

⬜ Cerveau

⬜ Ganglion sentinelle Date de la chirurgie : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

⬜ Parathyroïde

⬜ Thyroïde

⬜ Poumon

⬜ Cardiaque : ⬜ Scintigraphie myocardique :

 Démaquillée : ⬜ Oui (BB-, Ca-, DN) ⬜ Non

 Stress : ⬜ Effort ⬜ Pharmaco

 ⬜ Viabilité

 ⬜ Scintigraphie FEVG isotopique (ventriculographie)

⬜ Autres : (scintinum, lymphoscintigraphie des membres, etc…) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Indications, renseignements cliniques :**

**Médecin prescripteur : Signature / tampon *(avec RPPS pour activer code diffusion CR et images sur notre portail)***

**Tel :**

**Fax :**