



# DEMANDE DE SCINTIGRAPHIE

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 :