

### INFORMATIONS PATIENT

Sexe\* :  ♂  ♀

Nom\* :

Prénom\* :

Date de naissance\* :        /        /

Téléphone\* :

Poids\* :

Taille :

Mobilité\* :  Valide  Fauteuil  Brancard

Origine\* :  Externe  Hospitalisé

Adresse :

### MÉDECIN PRESCRIPTEUR

Nom du médecin référent\* :

Téléphone\* :

Service et UF :

Fax/Email :

### TYPE DE SCINTIGRAPHIE

#### Les + fréquentes :

OSSEUSE

PULMONAIRE

GANGLION SENTINELLE

CARDIAQUE :

- Démaquillé :  Oui  Non

- Si démaquillé traitement à arrêter :  
.....

#### Divers :

Cérébrale

Dat-Scan

Thyroïdienne

Parathyroïdienne

Rénale DMSA

Rénale MAG3

FEVG

Lymphoscinti

Octréo-scanner

Voies biliaires

Vidange Gastrique

Autres :  
.....

### TRAITEMENTS – EXAMENS ANTÉRIEURS

Chirurgie : date et nature .....

Prise de sang (TSH / D Dimères etc..) .....

### QUESTIONS SPÉCIFIQUES POSÉES

#### Date limite souhaitée :

U < 48h     < 15 jours     > 15 jours

RDV avant le : .....

#### Cadre réservé au service :

RDV semaine : S

#### RENDEZ VOUS FIXÉ LE :