

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 :