

DEMANDE DE SCINTIGRAPHIE - POITIERS

Les champs marqués d'un astérisque (*) sont obligatoires.

INFORMATIONS PATIENTSexe* : ♂ ♀

Nom* :

Prénom* :

Date de naissance* : / /

Téléphone* :

Poids* :

Taille :

Mobilité* : Valide Fauteuil BrancardOrigine* : Externe Hospitalisé

Adresse :

MÉDECIN PRESCRIPTEUR

Nom du médecin référent* :

Téléphone* :

Fax :

TYPE DE SCINTIGRAPHIE**Les + fréquentes :** OSSEUSE PULMONAIRE GANGLION SENTINELLE CARDIAQUE :

- Démaquillé : Oui Non

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

Divers : Thyroïdienne Parathyroïdienne Rénale DMSA Rénale DTPA FEVG Lymphoscintigraphie des
membres Vidange Gastrique Autres :
.....**TRAITEMENTS – EXAMENS ANTÉRIEURS**

Chirurgie : date et nature

Prise de sang (TSH / D Dimères etc..)

*Merci de joindre à la demande tout compte-rendu d'imagerie en rapport avec la pathologie explorée (Scanner, IRM, écho, 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 :