DEMANDE DE SCINTIGRAPHIE - POITIERS

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

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* :

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 :

SERVICE D'IMAGERIE MOLÉCULAIRE – POLYCLINIQUE DE POITIERS

SINEM Poitiers – 1 rue de la Providence – 86000 POITIERS | Tél. : 05 49 61 73 20 | Fax : 05 49 61 73 21 | secretariat.poitiers@sinem.fr