

Demande d'examen scintigraphique

Prise de rendez-vous par FAX au : **38465** ou par MAIL au : medecinucleairelap@chu-montpellier.fr

Date de la demande :

Identification du patient : (ou étiquette) NOM : PRENOM : DATE DE NAISSANCE : Patient valide et autonome: oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Hospitalisé(e) : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Sera hospitalisé(e) : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Viendra en externe : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> ↳ Tél patient : POIDS: TAILLE :	Identification du service demandeur : SERVICE : CODE UF : TEL DU SERVICE OBLIGATOIRE : FAX : NOM DU MEDECIN PRESCRIPTEUR :
---	--

Examen demandé :

- SCINTI MYOCARDIQUE DE PERFUSION
- VIABILITE MYOCARDIQUE
- SCINTI MIBG MYOCARDIQUE
- VENTRICULOGRAPHIE (FEV)
- SCINTI OSSEUSE
- SCINTI THYROIDIENNE
- SCINTI RENALE DMSA
- OCTREOSCAN

ASTHME : non oui BPCO : non oui
Epreuve d'effort sur tapis roulant possible : non oui
Prise de β Bloquant : non oui (à arrêter 48h avant l'examen avec l'accord du cardiologue)
Quantification de la réserve coronaire : non oui

- SCINTI PULMONAIRE : EP SHUNT PRE-OP AUTRE
- SCINTI PN marqués OSTEODENSITOMETRIE
- SCINTI PARATHYROIDIENNE
- SCINTI RENALE MAG3
- MIBG ONCOLOGIQUE AUTRE

Contexte clinique et motif de l'examen (joindre les CRO en cas de chirurgie orthopédique récente):

Date du rendez-vous souhaitée :

Risque infectieux : non oui lequel :
Injection de produits de contraste récente: non oui
Grossesse/allaitement : non oui

RDV programmé le :

Protocole d'examen :

Cadres réservés
au service
de médecine
nucléaire

Visa du médecin :