

Demande d'examen scintigraphique

Prise de rendez-vous par FAX au : **36922**

Date de la demande :

Rendez-vous programmé le :
.....

Merci d'écrire en LETTRES MAJUSCULES SVP !

Identification du patient : (ou étiquettes) NOM : PRENOM : DATE DE NAISSANCE : 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:	Identification du service demandeur : SERVICE : CODE UF : TEL DU SERVICE OBLIGATOIRE : FAX : NOM DU MEDECIN PRESCRIPTEUR :
---	--

Examen demandé :

- OCTREOSCAN SCINTI OSSEUSE SCINTI DE PERFUSION CEREBRALE
 VENTRICULOGRAPHIE (FEV) SCINTI VENTILATION PERFUSION DATSCAN
 AUTRES

Contexte clinique et motif de l'examen :

Date du rendez-vous souhaitée :
ou rendez-vous déjà donné par tél

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

⇓ Cadre réservé à la médecine nucléaire ⇓

Protocole d'examen :

Visa du médecin :