

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 !

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

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 ⇓

<u>Protocole d'examen :</u> <u>Visa du médecin :</u>
