

Demande d'examen scintigraphiquePrise de rendez-vous par FAX au : **04 67 33 84 65**ou par MAIL au : medecinenucleairelap@chu-montpellier.fr

Date de la demande :

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

Examen demandé :
☐ SCINTI MYOCARDIQUE
DE PERFUSION
ASTHME ou BPCO traités : 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 RESERVE CORONAIRE ➡ ASTHME ou BPCO traités : non ☐ oui ☐
☐ VIABILITE MYOCARDIQUE ☐ SCINTI MIBG MYOCARDIQUE ☐ VENTRICULOGRAPHIE (FEV)

☐ SCINTI PULMONAIRE pour : ☐ EP ☐ SHUNT ☐ PRE-OP ☐ Autre

☐ SCINTI OSSEUSE ☐ SCINTI PN marqués ☐ OSTEODENSITOMETRIE

☐ SCINTI THYROIDIENNE ☐ SCINTI PARATHYROIDIENNE ☐ MIBG ONCOLOGIQUE

☐ SCINTI RENALE DMSA ☐ SCINTI RENALE MA63 ☐ DATSCAN

☐ VIDANGE GASTRIQUE ☐ VOIES BILIAIRES ☐ AUTRE (préciser) :
Contexte clinique et motif de l'examen (joindre les CRO en cas de chirurgie orthopédique récente)

Date du rendez-vous souhaitée :

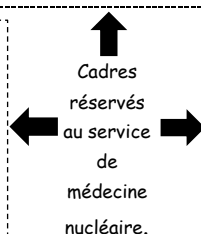
Risque infectieux : **non** ☐ **oui** ☐ **lequel :**

Injection de produits de contraste récente : **non** ☐ **oui** ☐
Grossesse/allaitement : **non** ☐ **oui** ☐

 LE PATIENT A DECLARE SOUHAITER RENCONTRER UN MEDECIN NUCLEAIRE
A L'ISSU DE LA SCINTIGRAPHIE POUR EVOQUER LES RESULTATS DE SON EXAMEN :

OUI ☐ **NON** ☐

RDV programmé le :



Protocole d'examen :

Visa du médecin nucléaire :