

- Scintigraphie OSSEUSE TYPE SCINTI-SCANNER --- ■ Scintigraphie osseuse FNA
- Scintigraphie MYOCARDIQUE --- ■ Scintigraphie PULMONAIRE --- ■ Scintigraphie FEV
- Scintigraphie THYROIDIENNE --- ■ Scintigraphie PARATHYROIDIENNE
- Scintigraphie RENALE --- ■ Scintigraphie CEREBRALE --- ■ GANGLION SENTINELLE

Demande de SCINTIGRAPHIE envoyée le :

RDV le :

Médecin prescripteur :

Date souhaitée :

Lieu d'exercice :

Merci d'apporter les anciens examens (échographie, scanner, IRM).

INFORMATIONS PATIENT

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Poids :

Tél. domicile :

Portable :

Taille :

Si patient hospitalisé :

Tél. du service :

Patient valide : Debout / Fauteuil / Brancard

Grossesse : oui / non

MOTIF DE LA DEMANDE – INDICATION