

☐ 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

Plans d'accès, formulaires et prise de RDV en ligne disponibles sur notre site web : www.cei.fr