



- 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. service :

Patient valide :

Debout

Fauteuil

Brancard

Grossesse :

oui

non

## MOTIF DE LA DEMANDE – INDICATION