

DEMANDE DE SCINTIGRAPHIE

IDENTIFICATION DU PATIENT

NOM : Prénom :

Date de naissance : .../.../....

Adresse :

Tél. : Port :

Sexe : M F Poids : kg Taille : cm

Contraception : Non Oui D.D.R. : .../.../.... Ménopause

EXAMEN DEMANDÉ

Scintigraphie osseuse

Scintigraphie Pulmonaire : Perfusion Ventilation / Perfusion

Scintigraphie Thyroïdienne

Scintigraphie Cardiaque : Dipyridamole Epreuve d'effort

Autre scintigraphie :

MOTIF DE LA PRESCRIPTION

Partie réservée à la MEDECINE NUCLEAIRE

<i>Date de rendez-vous</i>	<i>Protocole :</i>	<i>Prescripteur nucléaire</i>
	<i>Radiopharmaceutique :</i>	<i>Dose</i>