



DEMANDE D'EXAMEN DE SCINTIGRAPHIE DES PARATHYROÏDES

Date de la demande : / /

PRS01-02 / FOR04

MÉDECIN PRESCRIPTEUR

Nom :				Prénom :		
Adresse :						
Téléphone :		Fax :		E-mail :		

RENSEIGNEMENTS PATIENT

Nom :			Prénom :			Sexe :	H	<input type="checkbox"/>	F	<input type="checkbox"/>
Adresse :										
Téléphone :				E-mail :						
Date de naissance :			Taille :			Poids :				

RESUMÉ CLINIQUE PRECIS

BIOLOGIE	RÉSULTATS PATIENT(E)	NORMES DU LABORATOIRE *
PTH intacte :		
Calcémie :		
Phosphorémie :		
Calciurie :		
Phosphaturie :		

* **IMPORTANT** : En l'absence de normes du laboratoire renseignées, aucun rendez-vous ne sera donné

Patient dialysé :	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
-------------------	------------------------------	------------------------------

Résultats de l'échographie des parathyroïdes :	
--	--