



DEMANDE D'EXAMEN DE SCINTIGRAPHIE

Date de la demande : / /

PRS01-02 / FOR05

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 :		
N° téléphone du service si hospitalisation lors de la scintigraphie :						

EXAMEN DEMANDÉ

<input type="checkbox"/> Scintigraphie osseuse
<input type="checkbox"/> Scintigraphie pulmonaire
<input type="checkbox"/> Scintigraphie rénale
<input type="checkbox"/> Scintigraphie thyroïdienne
<input type="checkbox"/> Autres

DEMANDES

Questions posées par l'examen :			
Antécédents :			
Examen scintigraphique antérieur :	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	Date :
			Lieux :

DEMANDE A FAXER AU 03 83 98 92 60
+ JOINDRE DOSSIER CLINIQUE ET ICONOGRAPHIQUE