



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 F
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 : | | |

Patients dialysé : OUI NON

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

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

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