CENTRE D'IMAGERIE MÉDICALE JACQUES CALLOT

SERVICE DE MÉDECINE NUCLÉAIRE
SELAS "Centre d'Imagerie Isotopique Lorrain"
13 bis rue Blaise Pascal - 54320 Maxéville
Tél : 03 83 98 43 42 - Fax : 03 83 98 92 60
Mail : secretariat@scintitep-nancy.fr Site Internet : www.scintigraphie-tep-nancy.fr

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 ☐ F ☐
Adresse :					
Téléphone :		E-mail :			
Date de naissance :		**Taille :**		**Poids :**	
N° téléphone du service si hospitalisation lors de la scintigraphie :					

EXAMEN DEMANDÉ

- ☐ **Scintigraphie osseuse**
- ☐ **Scintigraphie pulmonaire**
- ☐ **Scintigraphie rénale**
- ☐ **Scintigraphie thyroïdienne**
- ☐ **Autres**

DEMANDES

Questions posées par l'examen :			
Antécédents :			
Examen scintigraphique antérieur :	OUI ☐	NON ☐	*Date :*
			Lieux :

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