

A renvoyer au Service Médecine Nucléaire du Confluent à Nantes :
med.nucleaire@groupeconfluent.fr / Fax : 02 28 27 22 16 / Tel : 02 28 27 22 20



DEMANDE DE SCINTIGRAPHIE

COORDONNEES DU PATIENT :

Nom :

Prénom :

DDN :

Adresse :

.....

TEL :

DATE DE LA DEMANDE :

DELAI d'examen souhaité :

- Urgent
 Le plus tôt possible
 à distance (préciser) :

.....

Médecin Demandeur

Tel :

Fax :

SCINTIGRAPHIE

- Osseuse
 Myocardique
 Recherche d'ischémie Viabilité
 Pulmonaire
 Thyroïde
 Parathyroïde
 Rénale MAG 3 DMSA
 Ganglion sentinelle
 Cérébrale HMPAO DATSCAN
 Octréoscan
 Ventriculographie
 Autre :

.....

PATIENT :

- Externe
 Hospitalisé
 Nom et tel de l'unité

Mobilité du patient :

Valide Fauteuil Lit – brancard

Assistance spécifique : Oxygène Isolement

POIDS +++ (200 Kg max) :

TAILLE :

Grossesse en cours : oui non

Contraception : oui non

Merci de joindre à la demande une copie du dernier courrier de consultation/compte rendu d'hospitalisation, compte-rendu des derniers examens d'imagerie :

Indication / Question posée :