

A renvoyer au Service Médecine Nucléaire de la Polyclinique du Maine à Laval :
ciim@orange.fr / Fax : 02 43 66 36 40 / Tel : 02 43 66 36 37



DEMANDE DE SCINTIGRAPHIE

COORDONNEES DU PATIENT : Nom : Prénom : DDN : Adresse : Tel :	DATE DE LA DEMANDE : DELAI d'examen souhaité : <input type="checkbox"/> Urgent <input type="checkbox"/> Le plus tôt possible <input type="checkbox"/> à distance (préciser) : Médecin Demandeur Tel : Fax :
SCINTIGRAPHIE <input type="checkbox"/> Osseuse <input type="checkbox"/> Myocardique <input type="checkbox"/> Recherche d'ischémie <input type="checkbox"/> Viabilité <input type="checkbox"/> Pulmonaire <input type="checkbox"/> Thyroïde <input type="checkbox"/> Parathyroïde <input type="checkbox"/> Rénale <input type="checkbox"/> MAG 3 <input type="checkbox"/> DMSA <input type="checkbox"/> Ganglion sentinelle <input type="checkbox"/> Cérébrale <input type="checkbox"/> HMPAO <input type="checkbox"/> DATSCAN <input type="checkbox"/> Octréoscan <input type="checkbox"/> Ventriculographie <input type="checkbox"/> Autre :	PATIENT : <input type="checkbox"/> Externe <input type="checkbox"/> Hospitalisé Nom et tel de l'unité Mobilité du patient : <input type="checkbox"/> Valide <input type="checkbox"/> Fauteuil <input type="checkbox"/> Lit – brancard Assistance spécifique : <input type="checkbox"/> Oxygène <input type="checkbox"/> Isolement POIDS +++ (200 Kg max) : TAILLE : Grossesse en cours : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Contraception : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> 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 :