



DEMANDE DE SCINTIGRAPHIE



<p>COORDONNEES DU PATIENT :</p> <p>Nom :</p> <p>Prénom :</p> <p>DDN :</p> <p>Adresse :</p> <p>.....</p> <p>Tel :</p>	<p>DATE DE LA DEMANDE :</p> <p>DELAI d'examen souhaité :</p> <p><input type="checkbox"/> Urgent</p> <p><input type="checkbox"/> Le plus tôt possible</p> <p><input type="checkbox"/> A distance (préciser) :</p> <p>Médecin Demandeur</p> <p>Tel :</p> <p>Fax :</p>
<p>SCINTIGRAPHIE :</p> <p><input type="checkbox"/> Osseuse</p> <p><input type="checkbox"/> Myocardique</p> <p><input type="checkbox"/> Viabilité</p> <p><input type="checkbox"/> Pulmonaire</p> <p><input type="checkbox"/> Thyroïde</p> <p><input type="checkbox"/> Parathyroïde</p> <p><input type="checkbox"/> Rénale : <input type="checkbox"/> MAG 3 <input type="checkbox"/> DMSA</p> <p><input type="checkbox"/> Ganglion sentinelle</p> <p><input type="checkbox"/> Ventriculographie</p> <p><input type="checkbox"/> Autre :</p>	<p>PATIENT :</p> <p><input type="checkbox"/> Externe</p> <p><input type="checkbox"/> Hospitalisé</p> <p>Nom et tel de l'unité</p> <p>Mobilité du patient :</p> <p><input type="checkbox"/> Valide <input type="checkbox"/> Fauteuil <input type="checkbox"/> Lit – brancard</p> <p>Assistance spécifique : <input type="checkbox"/> Oxygène <input type="checkbox"/> Isolement</p> <p>POIDS +++ (200 Kg max) : TAILLE :</p> <p>Grossesse en cours : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Contraception : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p>
<p><u>Merci de joindre à la demande une copie du dernier courrier de consultation/compte rendu d'hospitalisation, compte-rendu des derniers examens d'imagerie :</u></p> <p><u>Indication / Question posée :</u></p>	
<p>Informations, plans d'accès, et résultats en ligne disponibles sur notre site web www.scintigraphie-loire.fr</p>	