

DEMANDE DE SCINTIGRAPHIE

TYPE de SCINTIGRAPHIE :

- osseuse ganglion sentinelle sein leucocytes marqués
 myocardique (effort+repos) MIBG rénale (DMSA)
 pulmonaire rénale (Mag3) octréoscan
 fraction d'éjection ventriculaire ganglion sentinelle mélanome / ORL
 autre :

Période souhaitée :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE PATIENT

Nom : Prénom :

Date de naissance : / / Sexe : H F

Adresse :

N° tél (obligatoire) : / / / /

POIDS (obligatoire) :kg Taille :

Allaitement en cours Risque de Grossesse Procédure de PMA en cours

En cas d'**allaitement** ou de risque de **grossesse**, prendre contact préalablement avec un médecin de l'unité de médecine nucléaire.

Etiquette

A privilégier
pour identito-vigilance



INDICATION DE L'EXAMEN - RESUME CLINIQUE

Médecin demandeur : Dr..... Tél : / / / /
 Adresse / Service / Structure :

Antécédents, traitements, examens et actes antérieurs (pertinents dans la demande) :

Histoire actuelle, motivation de la demande:

Merci de retourner cette demande accompagnée de l'ensemble des renseignements soit :

-par fax au : 04 73 27 80 78

-par mail sécurisé : secretariat.medecine-nucleaire@cjp.mssante.fr

-par courrier postal : Centre Jean PERRIN – Service de Médecine Nucléaire
58 rue Montalembert – 63011 CLERMONT-FERRAND Cedex 1