

Demande de SCINTIGRAPHIE et SPECT-CT

- Site du SART TILMAN : **04/323.22.30** - mnio@chuliege.be
- Site NOTRE-DAME DES BRUYERES (NDB) : **04/323.96.66** - mednucndb@chuliege.be -
(Scintigraphie, médecine nucléaire pédiatrique (< 17ans), ostéodensitométrie)
- Site ANDRE RENARD : **04/248.72.40** - mednuc.ar@chuliege.be

PATIENT (à compléter ou étiquette): Nom : Prénom : DN : Tél et/ou gsm :	Cachet et signature du prescripteur : Copie(s) à : <input type="checkbox"/> MT / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Patient Ambulatoire / <input type="checkbox"/> Hospi (salle) : Poids : Taille :
---	---

Informations cliniques pertinentes :

.....

.....

.....

SYSTEME NERVEUX <input type="checkbox"/> Perfusion cérébrale <input type="checkbox"/> Datscan (Joindre attestation de remboursement) SYSTEME CARDIOVASCULAIRE <input type="checkbox"/> Lymphoscintigraphie des membres <input type="checkbox"/> Tomoscintigraphie Myocardique au Rapiscan <input type="checkbox"/> Ventriculographie isotopique à l'équilibre <input type="checkbox"/> Scintigraphie cardiaque [¹²³ I]MIBG <input type="checkbox"/> Recherche amyloïdose cardiaque SYSTEME DIGESTIF <input type="checkbox"/> Diverticule de Meckel <input type="checkbox"/> Hémorragie digestive <input type="checkbox"/> Foie (évaluation fonctionnelle) <input type="checkbox"/> Voies biliaires (sphincter d'Oddi) <input type="checkbox"/> Vidange gastrique des solides <input type="checkbox"/> RGO SYSTEME RESPIRATOIRE : scintigraphie pulmonaire <input type="checkbox"/> Ventilation/Perfusion <input type="checkbox"/> Shunt pulmonaire	SYSTEME ENDOCRINIEN <input type="checkbox"/> Consultation de Thyroïdologie (<i>NDB</i>) <input type="checkbox"/> [¹²³ I]MIBG <input type="checkbox"/> Parathyroïdes (SPECT-CT) <input type="checkbox"/> Thyroïde (cocher, svp) <input type="radio"/> au 99mTc <input type="radio"/> à l'Iode 123 <input type="checkbox"/> Corps entier post I131 (185 MBq) <input type="radio"/> Stimulation par Thyrogen° (prescription médicale et justificatif de remboursement à joindre impérativement) <input type="radio"/> Après sevrage thyroxinique <input type="checkbox"/> Norchol-[¹³¹ I] SYSTEME URINAIRE <input type="checkbox"/> Exploration fonctionnelle rénale au MAG 3 <input type="checkbox"/> Exploration morphologique au DMSA SYSTEME OSTEO-ARTICULAIRE : <input type="checkbox"/> Corps entier (+/- SPECT/CT) <input type="checkbox"/> Centré sur <input type="radio"/> +/- SPECT/CT <input type="checkbox"/> BMC / Densité osseuse (<i>NDB</i>)	DIVERS <input type="checkbox"/> Recherche de ganglion sentinelle <input type="radio"/> sein <input type="radio"/> mélanome <input type="radio"/> ORL <input type="radio"/> uro <input type="radio"/> gynéco <input type="checkbox"/> Chylothorax
--	--	--

Rendez-vous planifié le/...../..... à

Consigne(s) particulière(s) communiquée(s) à la prise de RDV pour l'examen demandé :

.....