

Demande de SCINTIGRAPHIE et SPECT-CT

- BRULL (BR)** : RDV et résultats de Scintigraphies et Breath Tests : **04/270.30.40** – Fax : 04/270.30.41
- BRUYERES (NDB)** : RDV et résultats de Scintigraphies , SPECT/CT et Breath Tests : **04/367.96.66** - mednucndb@chu.ulg.ac.be
(Pédiatrie nucléaire = < 17 ans -> uniquement sur ce site : svp, communiquer le poids et la taille de l'enfant)
- SART TILMAN (ST)** : RDV de Scintigraphies et SPECT/CT : **04/366.79.20** - Résultats : 04/366.79.19 – Fax : 04/366.85.33 – mednucrdv.st@chu.ulg.ac.be

PATIENT (à compléter ou étiquette): Nom : Prénom : DN : Tél et/ou gsm :	Cachet du prescripteur : Copie(s) à : <input type="checkbox"/> MT / <input type="checkbox"/> Examen prévu le/...../..... Ambulatoire/Hospi (salle) : <input type="checkbox"/> à jeun de 6h <input type="checkbox"/> à jeun sauf eau <input type="checkbox"/> non à jeun
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Rendez-vous le

Informations cliniques pertinentes :

SYSTEME NERVEUX <input type="checkbox"/> Perméabilité d'une dérivation ventriculaire <input type="checkbox"/> Recherche d'une fuite de LCR <input type="checkbox"/> Scintiscisternographie <input type="checkbox"/> Datscan (Joindre attestation de remboursement) SYSTEME CARDIOVASCULAIRE <input type="checkbox"/> Lymphoscintigraphie des membres <input type="checkbox"/> Tomoscintigraphie Myocardique (cocher, svp) o Effort** o Persantine** o Dobutamine** o Repos <input type="checkbox"/> Ventriculographie isotopique à l'équilibre <input type="checkbox"/> Scintigraphie cardiaque à la I123-MIBG SYSTEME DIGESTIF <input type="checkbox"/> Diverticule de Meckel <input type="checkbox"/> Glandes salivaires** <input type="checkbox"/> Hémorragie digestive <input type="checkbox"/> RGO** <input type="checkbox"/> Voies biliaires <input type="checkbox"/> Vidange gastrique des solides ** <input type="checkbox"/> Test au HCAT-75Se (BR et NDB) ** Breath Tests (conditions d'examen spécifiques) (BR et NDB) <input type="checkbox"/> Lactose** <input type="checkbox"/> Mixed Triglycérides** <input type="checkbox"/> Urée** <hr/> S'il s'agit d'un examen pour un patient pédiatrique : Poids : Taille :	SYSTEME ENDOCRINIEN <input type="checkbox"/> Consultation de Thyroïdologie (NDB) <input type="checkbox"/> I-MIBG 123 <input type="checkbox"/> Parathyroïdes <input type="checkbox"/> Thyroïde (cocher, svp) o au 99mTc o à l'Iode 123 <input type="checkbox"/> Corps entier post I131 (135 MBq) o Stimulation par Thyrogen° (prescription médicale et justificatif de remboursement à joindre) o Après sevrage thyroïdique SYSTEME URINAIRE <input type="checkbox"/> Explorations fonctionnelles (cocher, svp) o MAG3 +/- DTPA o Etude de la GFR globale (Cr EDTA)** <input type="checkbox"/> Exploration morphologique o DMSA <input type="checkbox"/> Don de Rein : MAG3 + DMSA quantitatif <input type="checkbox"/> Cystographie (NDB) : o directe o indirecte SYSTEME OSTEO-ARTICULAIRE <input type="checkbox"/> Corps entier oncologique o Bilan extension initial (ST/NDB: o + SPECT/CT) o Contrôle/suivi <input type="checkbox"/> Corps entier <input type="checkbox"/> Squelette axial o + SPECT/CT (ST/NDB) <input type="checkbox"/> Centré sur o + SPECT/CT (ST/NDB) <input type="checkbox"/> BMC/Densité osseuse (NDB)	SYSTEME RESPIRATOIRE <input type="checkbox"/> Ventilation/Perfusion : o SPECT/CT (ST/NDB) <input type="checkbox"/> Scintigraphie poumon Perfusion DIVERS <input type="checkbox"/> Recherche de ganglion sentinelle o Lymphosein o Lymphoscintigraphie mélanome <input type="checkbox"/> Sentibras <input type="checkbox"/> Perméabilité de port-a-cath intra-artériel hépatique THERAPIES <input type="checkbox"/> Radiothérapie métabolique par Iode 131 o A visée fonctionnelle o A visée oncologique (ST) (consultation préalable avec nucléariste OK ?) <input type="checkbox"/> Traitement par Quadramet° (ST) (consultation préalable avec nucléariste OK ?) <input type="checkbox"/> Synoviorthèse isotopique (ST et NDB) <input type="checkbox"/> Traitement par Zevalin° (ST) (Consultation préalable avec nucléariste OK ?) <input type="checkbox"/> Traitement par SIR-SHERES (ST) (Consultation préalable avec nucléariste OK ?) <hr/> N.B. : Pour les examens avec **, le patient doit apporter:
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

En cas de technique hybride (SPECT/CT), si vous souhaitez un CT diagnostique, compléter ce cadre, svp :

Diabète : o Insulinothérapie / o ADO
 Allergie aux contrastes iodés
 Insuffisance rénale
 Grossesse

Explication de la demande du CT diagnostique : Osseux Pulmonaire (V/P) Autre :

Examen(s) pertinent(s) précédent(s) relatif(s) à la demande de CT diagnostique :

CT IRM Rx Echoqraphie Autre(s) : Inconnu