



DEMANDE DE SCINTIGRAPHIE

PATIENT (à compléter ou étiquette) Nom: Prénom: DN: Tél et/ou gsm:	Cachet du prescripteur: Copie(s) à :
---	---

<p><u>Système cardiovasculaire</u></p> <input type="checkbox"/> Tomoscintigraphie myocardique à l'effort <input type="checkbox"/> Tomoscintigraphie myocardique à la persantine <input type="checkbox"/> Tomoscintigraphie au repos <p><u>Système digestif</u></p> <input type="checkbox"/> RGO <input type="checkbox"/> Vidange gastrique des solides <input type="checkbox"/> Test au HCAT-75Se (sels biliaires) <p><u>Système ostéo-articulaire</u></p> <input type="checkbox"/> Corps entier oncologique et/ou rhumatologique <input type="checkbox"/> Os 3 temps sur + Corps entier <input type="checkbox"/> Os 3 temps centré sur <p><u>Système respiratoire</u></p> <input type="checkbox"/> Ventilation/perfusion <input type="checkbox"/> Perfusion seule	<p><u>Système endocrinien</u></p> <input type="checkbox"/> Thyroïde Tc <input type="checkbox"/> Thyroïde I123 <input type="checkbox"/> Radiothérapie métabolique par Iode131 à visée fonctionnelle <p><u>Système urinaire</u></p> <input type="checkbox"/> Exploration fonctionnelle MAG3+DTPA <input type="checkbox"/> Exploration morphologique DMSA <input type="checkbox"/> Don de rein: MAG3+DMSA <p><u>Breaths Tests</u></p> <input type="checkbox"/> Aminopyrine (cytochrome P450) <input type="checkbox"/> Lactose (lactase) <input type="checkbox"/> Triglycérides (lipase pancréatique) <input type="checkbox"/> Urée (HP).
---	---

Informations cliniques pertinentes:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Examens précédents relatifs à la demande de diagnostique

CT RMN RX Echographie Autre:

.....

.....