



Demande de scintigraphie (hors TEP*)

Service de médecine nucléaire - Centre Hospitalier de Mont-de-Marsan

Tél. : 05 58 05 18 60 - Fax : 05 58 05 19 92 - Mail : medecine-nucleaire@ch-mdm.mssante.fr

Merci d'utiliser un feutre ou un stylo noir pour les demandes faxées

Date de la demande : Délai souhaité : <1 sem <3 sem Autre :

Patient

Nom : Adresse :

Prénom :

Date de naissance : tél. :

Patient hospitalisé, service : tél. :

Type d'examen scintigraphique

Cerveau : perfusion Datscan

Ganglion sentinelle

Leucocytes marqués

Octreoscan

Os

Parathyroïde

Perfusion myocardique

Démaquillée : OUI (BB-, Ca-, DN) NON

Stress : Effort Pharmaco

Viabilité

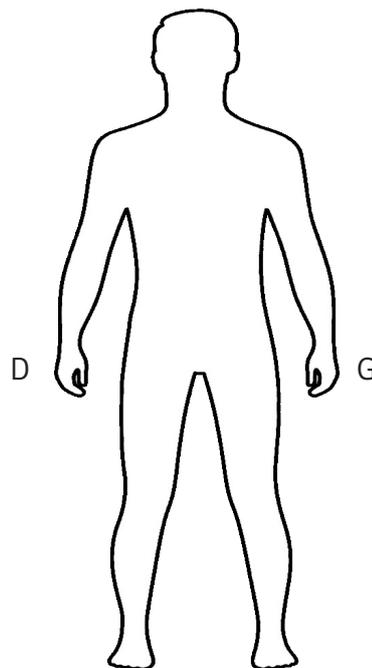
Poumon

Reins : statique (DMSA) dynamique (MAG3 + lasilix)

Thyroïde

Ventriculographie

Autre, précisez :



Indications, renseignements cliniques

Hypothèse(s) diagnostique(s)

Poids : **Taille :** Grossesse : OUI NON

Claustrophobie : Oui Non

Incontinence urinaire : Oui Non

Validité du patient : Valide Fauteuil

Sondage

Alité

Médecin prescripteur :

Signature/tampon

Nom : Service/ville :

Tél. : Fax :

Contre-indications : grossesse (sauf recherche EP), agitation/troubles cognitifs, incapacité à tenir la position allongée immobile. Merci de prévenir le service en cas de claustrophobie, agitation ou allaitement, pour consignes particulières.

* : formulaire spécifique pour les demandes de TEP, téléchargeable sur www.ch-mt-marsan.fr ou sur demande au secrétariat