

DEMANDE DE SCINTIGRAPHIE (hors TEP*)

GIE MEDECINE NUCLEAIRE LYON NORD

1 CHEMIN DE PENTHOD 69300 CALUIRE ET CUIRE

TELEPHONE 04 72 00 38 40 – FAX 04 78 29 40 36 – lyonnord@orange.fr

Les rendez-vous sont à prendre par téléphone à notre secrétariat.

La demande d'examen est à envoyer par fax ou par mail.

TYPE D'EXAMEN

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Os | <input type="checkbox"/> Ganglion sentinelle sein | <input type="checkbox"/> MIBG |
| <input type="checkbox"/> Perfusion myocardique | <input type="checkbox"/> Parathyroïdes | <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : |
| <input type="checkbox"/> Poumon | <input type="checkbox"/> Rein (Edicis) | |
| <input type="checkbox"/> Thyroïde | <input type="checkbox"/> Rein (DMSA) | |
| <input type="checkbox"/> Ventriculographie | <input type="checkbox"/> Leukoscan | |

SERVICE DEMANDEUR

Nom du service :

Nom du médecin prescripteur :

Numéro RPPS du médecin prescripteur :

Téléphone du service :

Fax du service :

PATIENT

Nom du patient :

Né le :

Adresse :

Téléphone (impératif) :

Poids (obligatoire pour l'injection) :

En cas d'allaitement ou risque de grossesse prendre contact avec le service

* formulaire spécifique pour les demandes de TEP