**Date de la demande :** \_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

Délai souhaité : URGENT ⬜ Dès que possible ⬜ ou date programmée : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Patient :

**Nom : \* Patient(e) Hospitalisé(e)**  ⬜ service : Tel du service :

**Prénom : \* Patient Externe** ⬜

**Date de naissance :**

**Numéro de téléphone :**  **Poids : Taille :**

Validité du patient : Valide ⬜ Fauteuil ⬜ Brancard ⬜

Claustrophobie : Oui ⬜ Non ⬜

**Pour les femmes :**

Contraception : Oui ⬜ Non ⬜ Date des dernières règles :

Type d’examen :

⬜ Os

⬜ Reins : ⬜ Statique (DMSA) ⬜ Dynamique (MAG3 + Lasilix)

⬜ Cerveau

⬜ Ganglion sentinelle Date de la chirurgie : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

⬜ Parathyroïde Stress :

⬜ Thyroïde ⬜ Viabilité

⬜ Poumon ⬜ Scintigraphie FEVG isotopique (ventriculographie)

⬜ Cardiaque :

⬜ Scintigraphie myocardique :

Démaquillée : ⬜ Oui (BB-, Ca-, DN) ⬜ Non

⬜ Autres : (scintinum, lymphoscintigraphie des membres, etc…) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| Indications, renseignements cliniques : |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**Médecin prescripteur : Signature / tampon *(avec RPPS pour activer code diffusion CR et images sur notre portail)***

**Tel :**

**Fax :**