



FORMULAIRE de demande de **SCINTIGRAPHIE**

PRESCRIPTEUR / SERVICE

Nom :
Prénom :
Téléphone :

PATIENT

NOM :
Prénom :
DDN :
Téléphone :
Poids :



Scintigraphie CONVENTIONNELLE

- OSSEUSE
- PULMONAIRE
- THYROÏDIENNE
- RENALE
- PARATHYROÏDIENNE
- GANGLION SENTINELLE
- AMYLOSE CARDIAQUE
- LEUCOCYTES MARQUES
- DAT SCAN
- AUTRE :



Scintigraphie CARDIAQUE

- DEPISTAGE
- SUIVI D'UN CORONARIEN
- PRE-OPERATOIRE / PRE-ANESTHESIQUE

INDICATIONS

.....

.....

.....

.....

.....

Date de la demande :

BON à FAXER au **05 57 10 06 17** ou à MAILER à secretariat@cif-libourne.fr

