



DEMANDE DE SCINTIGRAPHIE

Merci de nous envoyer cette demande par fax : **01.42.43.00.74** ou par mail : **contact@groupe-imf.com**

Vous pouvez également nous adresser une demande en ligne en remplissant directement un formulaire web sur notre site **www.groupe-imf.com**

Nous contacterons votre patient(e) pour convenir d'un rdv et vous en adresserons la confirmation.

MÉDECIN DEMANDEUR

Nom : _____

Tél / poste de soins : _____

Mail : _____

Fax : _____

Date de la demande : _____

Date du prochain RDV médical : _____

Cachet médecin / UF service

INFORMATIONS PATIENT(E)

Nom, Prénom : _____

Date de naissance : _____

Adresse : _____

Mail : _____

Téléphone mobile : _____

Téléphone domicile : _____

Patient hospitalisé : NON OUI

Poids / Taille : _____

EXAMEN DEMANDÉ

SCINTIGRAPHIE / SCINTISCAN

- Osseuse
- Pulmonaire
- Thyroïdienne
- Parathyroïdienne (-> TEP F-Choline)
- Rénale : DMSA ; MAG3
- Ganglion sentinelle
- Lymphoscintigraphie des membres
- Cérébrale DaTscan (-> TEP F-Dopa)
- Autre :

SCINTIGRAPHIE CARDIAQUE :

- D'effort
- Avec stress pharmacologique
- De repos / viabilité
- FEV isotopique
- MIBG

MOTIF DE LA DEMANDE - INDICATION