



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
- AUTRE :



Scintigraphie CARDIAQUE

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

INDICATIONS

.....

.....

.....

.....

.....

Date de la demande :

BON à FAXER au **05 56 56 05 20** ou à MAILER à secretariat@cif-bordeaux.fr

