



DEMANDE D'EXAMEN DE SCINTIGRAPHIE
A adresser par mail : sec.scinti@solcrr.org

PRIERE DE COMPLETER CE FORMULAIRE EN LETTRES CAPITALES ET LISIBLEMENT, TOUTE DEMANDE INCOMPLETE ET NON LISIBLE NE SERA PAS PRISE EN COMPTE.

DATE de la demande :

Délai : ☐ URGENT (< 1 semaine) ☐ DANS LE MOIS ☐ Autres (Intervalle de date précis, avant le :)

Les résultats de l'examen, compte-rendu et images complètes et téléchargeables (format DICOM), seront accessibles en ligne au moyen de votre carte CPS ou e-CPS, via le lien <https://espaceps.swmapps.fr/c1702000>

Médecin Sénior demandeur

Nom : Prénom :

Adresse du service et téléphone (si patient hospitalisé) :

Tél : E-mail (sécurisé de préférence) :

Informations patient

Genre : H ☐ F ☐

Date de naissance :

Nom :

Nom de Naissance :

Lieu de naissance :

Prénom :

Adresse :

Téléphone (portable de préférence) : E-mail :

Personne de confiance – Tél :

Poids :kg Taille :m.....

Validité du Patient : ☐ Valide ☐ Fauteuil ☐ Brancard

Type d'examen :

☐ **Scintigraphie Thyroïdienne**
(Joindre le CR échographie + TSH)

☐ **Scintigraphie Osseuse**
☐ Recherche d'amylose cardiaque

☐ **Scintigraphie Rénale Corticale (DMSA)**

☐ **Scintigraphie Rénale Dynamique (MAG.3)**

☐ **Scintigraphie Pulmonaire**

☐ **Scintigraphie du Ganglion Sentinelle**
☐ Localisation :

Motif de la Demande :

NOUS JOINDRE SVP LES COMPTES-RENDUS D'IMAGERIE ET COURRIERS DE CONSULTATION

Antécédents Notables :