



**DEMANDE D'EXAMEN DE SCINTIGRAPHIE**  
A adresser par mail : [sec.scinti@solcrr.org](mailto: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 : ..... 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 :**