IMF

IMAGERIE MOLÉCULAIRE
& FONCTIONNELLE

SERVICES DE SCINTIGRAPHIE – TEP
CENTRE CARDIOLOGIQUE DU NORD
CH SAINT-DENIS
CMC FLOREAL

DEMANDE DE SCINTIGRAPHIE

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

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

Adresse : _____

Téléphone mobile : _____

Patient hospitalisé : ☐ NON ☐ OUI

Date de naissance : _____

Mail : _____

Téléphone domicile : _____

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