

Médecine Nucléaire

Hôpital de Brabois

Secrétariat : 03 83 15 39 11

# CENTRE HOSPITALIER REGIONAL UNIVERSITAIRE DE NANCY

Service de Médecine Nucléaire

**FORMULAIRE DE DEMANDE DE SCINTIGRAPHIE** (hors scinti. myocardique)

à adresser de préférence par email à rdvmednu@chru-nancy.fr

ou par fax au numéro : 03 83 15 52 05

MERCI DE JOINDRE LE DERNIER COMPTE-RENDU DE CONSULTATION ou D’hospitalisation A CETTE DEMANDE

|  |
| --- |
| **Date de demande** : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date. **Patient,** Nom: Prénom : **ETIQUETTE**(facultatif)Date de naissance : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.Adresse : Téléphone : Email : Pour l’examen, le patient sera :[ ]  en externe **Poids (kg, obligatoire) :** [ ]  hospitalisé, et préciser alors dans quel service :  **Taille (cm)** :  |
| **Médecin SENIOR demandeur.** Nom: Prénom : Service ou lieu d’exercice : E-mail : Téléphone :  |
| [ ]  **Scintigraphie osseuse :** bilan [ ]  oncologique [ ]  pré cimentoplastie [ ]  Autre :  |
| [ ]  **Scintigraphie aux leucocytes marqués** |
| [ ]  **Scintigraphie pulmonaire** [ ]  Recherche d’une embolie pulmonaire [ ]  Bilan pré opératoire [ ]  Bilan d’HTAP [ ]  Autre :  |
| [ ]  **Scintigraphie rénale :** [ ]  DMSA [ ]  MAG3 ou Néphrogramme |
| [ ]  **Scintigraphie cérébrale :** [ ] de perfusion[ ]  Datscan : - latéralité si tremblements :[ ]  droite [ ]  gauche-prise de psychotropes ? préciser  |
| [ ]  **Scintigraphie Thyroïdienne** TSH : T4L : T3L   Levothyrox/L-thyroxin : [ ]  OUI / [ ]  NON |
| [ ]  **Scintigraphie de vidange gastrique** [ ]  Diabète [ ]  Allergie aux œufs  [ ]  ATCD chirurgie gastrique, date : Préciser les traitements médicaux :  |
| [ ]  **FEVG isotopique**  |
| [ ]  **Masse sanguine** |
| [ ]  **Clairance isotopique,** préciser leDFG, formule CKD EPI :  |
| [ ]  **Lymphoscintigraphie :** [ ]  membres supérieurs[ ]  membres inférieurs |
| [ ]  **Scintigraphie à la MIBG :** [ ]  corps entier[ ]  cardiaque |
| [ ]  **Autre scintigraphie,** préciser**:**  |
| **Indication/Question posée :**  |
| **Délai souhaité** [ ] < 1 semaine [ ] < 2 semaines [ ] < 1 mois [ ] autre (préciser) :  |
| **Risque de grossesse** ? [ ]  **OUI** et alorsun dosage de βHCG est-il déjà prévu : [ ] OUI, [ ] NON ? [ ]  **NON** car [ ]  contraception efficace, [ ]  ménopause, [ ]  autre :  |