

DEMANDE DE SCINTIGRAPHIE (Hors TEP*)

En application du Code de Santé Publique, art.R1333-66 (décrets du 8 juin 2006 et du 7 novembre 2007)

AU CENTRE D'IMAGERIE NUCLEAIRE

Les rendez-vous sont à prendre dans les secrétariats respectifs de chaque site du CIN et les demandes à envoyer, faxer ou remettre au patient.

- **SAINTETIENNE** (Tel : 04 77 33 05 88 – Fax : 04 77 025 09 28) : 39 bd de la Palle (site du CHPL)
- **LE PUY EN VELAY** (Tel : 04 71 04 35 88- Fax : 04 71 04 35 89) : 10 Bd Chantemesse (site C.H. E. ROUX)
- **ROANNE** (Tel : 04 77 44 44 77 – Fax : 04 77 44 44 79) : 75 rue Général Giraud (Site Clinique du Renaison)

TYPE d'EXAMEN :

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> os | <input type="checkbox"/> ganglion sentinelle sein | <input type="checkbox"/> MIBG |
| <input type="checkbox"/> perfusion myocardique | <input type="checkbox"/> parathyroïdes | <input type="checkbox"/> iodocholestérol |
| <input type="checkbox"/> poumon | <input type="checkbox"/> rein (MAG3 ou DTPA) | <input type="checkbox"/> rein (DMSA) |
| <input type="checkbox"/> thyroïde | <input type="checkbox"/> Octreoscan | <input type="checkbox"/> autre : |
| <input type="checkbox"/> ventriculographie | <input type="checkbox"/> Leukoscan | |

PATIENT

Nom : _____ **Prénom :** _____ **DN :** / /

Adresse : _____

Téléphone (impératif) : _____

Poids (obligatoire pour les enfants, en cas de perfusion myocardique pour les adultes) : _____ **Sexe :** _____

MEDECIN DEMANDEUR :

ANTECEDENTS, EXAMENS et ACTES ANTERIEURS (pertinents dans la demande) :

HISTOIRE ACTUELLE, MOTIF de la DEMANDE :

* formulaire spécifique pour les demandes de TEP sur demande aux secrétariats

Version 2.1 du 03/04/08 - téléchargeable sur www.cinse.com