

# CENTRE DE MEDECINE NUCLEAIRE

SCINTIGRAPHIES - EXPLORATIONS FONCTIONNELLES RADIO-ISOTOPIQUES

Dr Francine LAPEYRE  
19 1 70145 7

Dr Raphaëlle MARTAILLÉ-RICHARD  
19 1 70146 5

Dr Laurent ALLAINMAT  
19 1 70172 1

## FORMULAIRE DE DEMANDE DE SCINTIGRAPHIE MYOCARDIQUE

### IDENTIFICATION PATIENT :

Nom : ..... Prénom : ..... Poids :    kg    Taille :  
Date de naissance : ..... Valide :  oui  non  
Adresse : .....  
Téléphone domicile : ..... Portable : .....  
Adresse mail : .....  
*Patient prévenu de la demande :*  Oui  Non

### Médecin demandeur :

Nom :  
Adresse ou service :  
Téléphone :                      Fax :  
E-mail :

### Médecin traitant :

Nom :

### TYPE D'EXAMEN DEMANDE

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> scintigraphie myocardique d'effort                 | <input type="checkbox"/> scintigraphie myocardique à la Persantine |
| <input type="checkbox"/> scintigraphie myocardique d'effort plus Persantine | <input type="checkbox"/> scintigraphie myocardique à la Dobutamine |

Antécédent asthme :                       oui     non  
Aptitude à pédaler :                       oui     non  
Examen maquillé par le traitement :     oui     non

### RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

– Motif de la demande :

– Antécédents cardiovasculaires :

– Allergie connue :

– Traitement :

**Rappel des contre-indications : Grossesse, Incapacité à maintenir la position immobile**

CENTRE DE MEDECINE NUCLEAIRE "LES CEDRES" – 2 Avenue du 18 juin 1940 – 19100 BRIVE LA GAILLARDE  
Tél : 05.55.87.43.41 – Fax : 05.55.87.96.63 – E-mail : secretariat@mednuc-correze.fr