

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 :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Aptitude à pédaler :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Examen maquillé par le traitement :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> 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