

DEMANDE DE SCINTIGRAPHIE (hors PET-Scan*)

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.

- **SAINT ETIENNE** (Tel : 04 77 33 05 88 – Fax : 04 77 25 09 28 – Mail : cinse@cinse.com)
41 Bd de la Palle – Bâtiment RUBIDIUM (Hôpital privé de la Loire)
- **LE PUY EN VELAY** (Tel : 04 71 04 35 88- Fax : 04 71 04 35 89 – Mail : cinlp@cinse.com)
10 Bd Chantemesse (site Hôpital E. Roux)
- **ROANNE** (Tel : 04 77 44 44 77 – Fax : 04 77 44 44 79 – Mail : cinro@cinse.com)
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"/> ganglion sentinelle autre | <input type="checkbox"/> rein (DMSA) |
| <input type="checkbox"/> ventriculographie (FEVG) | <input type="checkbox"/> parathyroïdes | <input type="checkbox"/> autre : |
| <input type="checkbox"/> poumon | <input type="checkbox"/> polynucléaires marqués | |
| <input type="checkbox"/> thyroïde | <input type="checkbox"/> rein (MAG3) | |

PATIENT

Nom : _____ Prénom : _____ DN :/...../.....

Adresse : _____

Téléphone : _____

Adresse mail : _____

Poids :

Taille :

Sexe :

MEDECIN DEMANDEUR :

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

HISTOIRE ACTUELLE, MOTIF de la DEMANDE :



En cas d'allaitement ou risque de grossesse, prendre contact préalablement avec un médecin du CIN

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