

Formulaire de demande pour un examen scintigraphique de type SPECT-CT

(art. 17 et 17 bis NPS)

Par problématique clinique, un formulaire de demande distinct est exigé

Identification du patient

Nom :	Prénom :
Date de naissance :	
Sexe : <input type="checkbox"/> Masculin	<input type="checkbox"/> Féminin

Informations cliniques pertinentes

Explication de la demande de diagnostic

Pour une corrélation anatomique d'un foyer hyperfixant
--

Informations supplémentaires pertinentes

<input type="checkbox"/> Allergie	<input type="checkbox"/> Diabète	<input type="checkbox"/> Insuffisance rénale	<input type="checkbox"/> Grossesse	<input type="checkbox"/> Implant
<input type="checkbox"/> Autres				

Examen(s) proposé(s)

SPECT CT centré sur	cou
	extrémité (mains, pieds, genoux)
	thorax
	colonne
	bassin - hanches

Examen(s) proposé(s) précédent(s) relatif(s) à la demande diagnostic

<input type="checkbox"/> CT	<input type="checkbox"/> RMN	<input type="checkbox"/> RX	<input type="checkbox"/> Echographie	<input type="checkbox"/> Inconnu	<input type="checkbox"/> Autres
-----------------------------	------------------------------	-----------------------------	--------------------------------------	----------------------------------	---------------------------------

Cachet et signature du médecin prescripteur

SANS CETTE DEMANDE L' EXAMEN NE POURRA ETRE REALISE

Prise de rendez-vous de 11h30 à 16h30 au 071/379.070