CLINIQUE NOTRE-DAME DE GRÂCE ASBL
GOSSELIES

SERVICE DE MEDECINE NUCLEAIRE
Explorations Radioisotopiques in vivo
Prise des rendez-vous: 071/37.90.70

Dr P. Romedenne
071/37.90.81/82
pascale.romedenne@cndg.be

Dr J. Installé
071/37.90.61/62
johanne.installe@cndg.be

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 : ❑ Masculin ❑ Féminin

Informations cliniques pertinentes

Explication de la demande de diagnostic

Pour une corrélation anatomique d'un foyer hyperfixant

Informations supplémentaires pertinentes

❑ Allergie ❑ Diabète ❑ Insuffisance rénale ❑ Grossesse ❑ Implant
❑ 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

❑ CT ❑ RMN ❑ RX ❑ Echographie ❑ Inconnu ❑ Autres

Cachet et signature du médecin prescripteur

SANS CETTE DEMANDE L' EXAMEN NE POURRA ETRE REALISE

Prise de rendez vous 08 h 00 à 17 h 30 au **071/379.070**