

DEMANDE DE TEP-CHOLINE

Prise de RDV au [04.66.62.91.51](tel:04.66.62.91.51)

Envoyer la demande par mail à secretariat@scintigard.fr

DATE DE LA DEMANDE :

PATIENT : Renseignements **OBLIGATOIRES** pour valider la prise de RDV

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

TEL. :

MAIL :

MÉDECIN TRAITANT :

POIDS :..... TAILLE :.....

MÉDECIN DEMANDEUR :

NOM / PRÉNOM :

TEL :

MAIL :

SI TRANSPORT : Brancard Fauteuil Roulant

MOTIF DE L'EXAMEN :

TEP déjà réalisée : OUI NON Date, Lieu ↵

Diabète : OUI NON Grossesse : OUI NON

Patient(e) présentant des Troubles Cognitifs : OUI NON

RAPPEL POUR PRISE DE RDV : PATIENT SECRETARIAT/MÉDECIN DEMANDEUR

Date ou délai de RDV souhaité ?

RDV FIXÉ LE : À

Ne pas remplir