

DEMANDE DE TEP-FDG

Prise de RDV au 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