

Demande de réalisation d'une recherche de GANGLION SENTINELLE

Pour la prise de RDV : ☎ 04 66 62 91 51

Faxer impérativement le formulaire ci-dessous au 04 66 62 91 54 ou
envoyer par mail à secretariat@scintigard.fr

-La patiente doit impérativement amener son dossier sénologique-

Renseignements patient :

Nom : Prénom :

Né(e) le :

Adresse :
.....

CP : Ville :

☎ / 📱 :

Poids :kg

Taille : m

MEDECIN DEMANDEUR

Nom : ☎ :

Fax :

MÉDECIN Traitant :

Sein et quadrant :
.....

Taille de la tumeur :

Palpable

Visible sous écho

Visible en mammo

👉 Date de la chirurgie :

Heure :

Eventuels antécédents mammaires :

RDV FIXÉ LE 📅 DATE :

HEURE :

MEDECINE NUCLEAIRE SCINTIGARD

Repérage du ganglion sentinelle

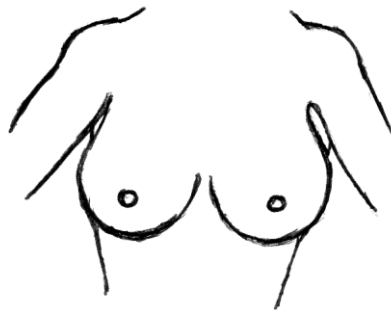
NOM :

PRÉNOM :

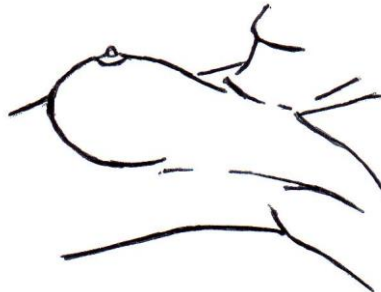
Veillez préciser la topographie lésionnelle :

Droite

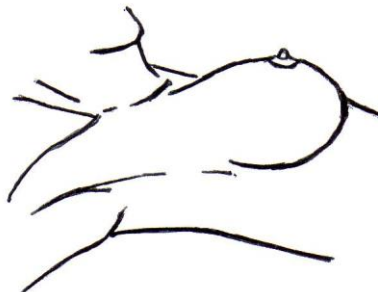
Gauche



Face antérieure



Profil gauche



Profil droit