

# Demande de TEPSCAN À LA CHOLINE

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](mailto:secretariat@scintigard.fr)

DATE DE LA DEMANDE ➡ .....

## PATIENT : Renseignements obligatoires pour valider la demande

Nom : ..... Prénom : ..... Né(e) le : .....  
Adresse : .....  
CP : ..... Ville : ..... Poids : kg  
MAIL : .....@..... Taille : m  
☎ / 📱 : .....

## CAISSE DE SECURITE SOCIALE

Nom de votre de sécurité sociale : ..... Ville .....

N° Sécurité social : .....

Patient à 100 % ou ALD : ➤ OUI  EN ALD ➤ OUI  A 100 % ➤ NON

## MEDECIN DEMANDEUR

Nom : ..... ☎ : .....  
Adresse : ..... Fax : .....  
CP : ..... Ville : .....  
MAIL : .....@.....  
MEDECIN Traitant déclaré : .....

## MOTIF DE L'EXAMEN POUR TEPSCAN A LA CHOLINE :

TEP déjà réalisée : ➤ OUI  ➤ NON  Date, Lieu ➡ .....

Diabète : ➤ OUI  ➤ NON

Grossesse : ➤ OUI  ➤ NON

Date ou délai de RDV souhaité ? .....

RDV FIXE LE ➡ DATE : HEURE :

*Ne pas remplir*

SOR : LOCALISATION :