

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

DATE DE LA DEMANDE ➡

PATIENT : Renseignements obligatoires pour valider la demande

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

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 :