

Demande de SCINTIGRAPHIE

En complément de la prise de RDV : ☎ 04 66 62 91 51

Faxer impérativement le formulaire ci-dessous au 04 66 62 91 54

Ou par mail secretariat@scintigard.fr

DATE DE LA DEMANDE ➡

PATIENT : Renseignements obligatoires pour valider la demande

Nom : Prénom : Né(e) le :

Adresse :

CP : Ville :

MAIL :@.....

☎ / 📱 :

Poids : kg

Taille : m

MEDECIN DEMANDEUR

Nom : ☎ :

Adresse : Fax :

CP : Ville :

MAIL :@.....

MEDECIN Traitant déclaré :

FEVG

SCINTIGRAPHIE OSSEUSE

AUTRES :

INDICATION :

RECHERCHE DE RISQUE DE GROSSESSE : **Si âge < 50 ans :**

CONTRACEPTION : ➤ OUI ➤ NON

Si non DATE DES DERNIÈRES RÈGLES :/...../.....

RDV FIXÉ LE ➡ DATE : HEURE :