

Médecine Nucléaire

Hôpital de Brabois

Secrétariat : 03 83 15 71 72

# CENTRE HOSPITALIER REGIONAL UNIVERSITAIRE DE NANCY

Service de Médecine Nucléaire

**FORMULAIRE DE DEMANDE DE SCINTIGRAPHIE MYOCARDIQUE**

A adresser de préférence par email à : [rdvmednu@chru-nancy.fr](mailto:rdvmednu@chru-nancy.fr),

sinon par fax au numéro : 03 83 15 52 05

MERCI DE JOINDRE LE DERNIER COMPTE-RENDU DE CONSULTATION ou D’hospitalisation A CETTE DEMANDE

|  |
| --- |
| **Date de demande** : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.  **Patient,** Nom: Prénom :  **ETIQUETTE**  (facultatif)  Date de naissance : Homme / Femme  Adresse :  Téléphone : Email :  Pour l’examen, le patient sera :  en externe Poids (kg)**:**  hospitalisé, et préciser alors dans quel service : Taille (cm) : |
| **Médecin SENIOR demandeur.** Nom: Prénom :  Service ou lieu d’exercice : E-mail : Téléphone : |
| **Données médicales nécessaires à la programmation de la technique de stress**  Technique de stress souhaitée : ☐ Epreuve d’effort (vélo, tapis ou manivelle)  ☐ Coronarodilatateur (régadenoson)  ☐ Coronarodilatateur plus mini-effort   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | OUI | NON | Ne sait pas | | Contre-indication ou impossibilité à réaliser un test d’effort |  |  |  | | Autres critères de choix d’un test par coronarodilatateur effort |  |  |  | | * Bloc de branche gauche : |  |  |  | | * Pace-maker ou défibrillateur |  |  |  | | . avec électro-entrainement permanent |  |  |  | |
| **Autres renseignements si nécessaires** |
| **Délai souhaité** < 1 semaine < 2 semaines < 1 mois autre (préciser) : |
| **Risque de grossesse** ?  **OUI** et alorsun dosage de βHCG est-il déjà prévu : OUI, NON ?  **NON** car  contraception efficace,  ménopause,  autre : |