

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,

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 / [ ] FemmeAdresse : 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 :  |