

EXAMENS SCINTIGRAPHIQUES – SPECT-CT

Marche : 084/219232 Bastogne : 061/240138

Dr London, chef de service

Dr Bradfer/Dr Gobert/ Dr Besseau

IDENTITE DU PATIENT	
NOM	
PRENOM	
DN	

Veillez choisir l'examen souhaité (recto) et compléter le verso de la demande.

EXPLORATIONS OSSEUSES

- Scintigraphie osseuse partielle : région : ...
- Scintigraphie corps entier

Un SPECT-CT sera réalisé ou non suivant les 1ers résultats.

Si vous ne désirez pas qu'un scanner diagnostique (Marche)

soit réalisé, veuillez cocher ici :

VEUILLEZ COMPLETER LE VERSO

EXPLORATIONS ENDOCRINOLOGIQUES

- Scintigraphie thyroïdienne au Tc99m
- Scintigraphie thyroïdienne à l'I123
- Scintigraphie des parathyroïdes

EXPLORATIONS TUMORALES

- MIBG (phéochromocytome)
- Octréoscan (tumeurs neuro-endocrines) : demande spécifique à compléter.
- Pet-scan Godinne : demande spécifique à compléter

EXPLORATIONS RENALES

- Etude fonctionnelle (syndrome obstructif) : MAG3/DTPA± Lasix
- Etude corticale (pyélonéphrite) : DMSA
- Test au Capoten (exclure sténose artère rénale)
- Cystographie

EXPLORATIONS CEREBRALES

- AVC
- Démence
- Parkinson : Datscan (prescription uniquement par les neurologues)

THERAPIES METABOLIQUES

- I131 (hyperthyroïdie)
- Sm153 ou Sr89 (métastases osseuses)

EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES

- Scintigraphie à l'effort/dobutamine
- Scintigraphie à la Persantine
- Scintigraphie au repos
- Ventriculographie
- Lymphoscintigraphie
- Perméabilité du port-a-cath

EXPLORATIONS PULMONAIRES

- Scintigraphie de perfusion
- Scintigraphie de ventilation
- Scintigraphie de ventilation/perfusion
- Quantification

EXPLORATIONS DIGESTIVES

- Reflux gastro-oesophagien
- Vidange gastrique
- Recherche de Meckel
- Etude de la déglutition
- Etude des glandes salivaires
-

EXPLORATIONS HEMATOLOGIQUES ET SEPSIS

- Scintigraphie médullaire
- Scintigraphie aux GB marqués
- Scintigraphie aux GR marqués : recherche d'hémorragie

DENSITOMETRIE

- Site de Bastogne

Médecin demandeur : cachet/signature/date



IMAGERIE MEDICALE IFAC

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> HOPITAL PRINCESSE PAOLA
Rue du Vivier, 21
6900 MARCHE-EN-FAMENNE
Tél. : 084/219322 Fax : 084/219321
Secretariat.rx.marche@ifac.be | <input type="checkbox"/> HOPITAL SAINTE-THERESE
Chaussée d'Houffalize, 1
6600 BASTOGNE
Tél. : 061/240077 Fax : 061/240253
radiologie.bastogne@ifac.be | <input type="checkbox"/> POLYCLINIQUE ST-GENGOUX
Rue de la Clinique, 15
6690 VIELSALM
Tél. : 080/216786 Fax. 080/892952
accueil.polyclinique.vielsalm@ifac.be |
|--|---|---|

Identification du patient (remplir ou vignette O.A.)

Nom :	Prénom(s) :	
Date de naissance :		
Sexe	<input type="radio"/> Masculin	<input type="radio"/> Féminin

Informations cliniques pertinentes

--

Explication de la demande de diagnostic

--

Informations supplémentaires pertinentes

<input type="radio"/> Allergie	<input type="radio"/> Diabète	<input type="radio"/> Insuffisance rénale	<input type="radio"/> Grossesse	<input type="radio"/> Implant
<input type="radio"/> Précautions additionnelles de type :				
<input type="radio"/> Autres :				

Examen(s) proposé(s)

--

Examen(s) proposé(s) précédent(s) relatif(s) à la demande de diagnostic

<input type="radio"/> CT	<input type="radio"/> RMN	<input type="radio"/> RX	<input type="radio"/> Echographie	<input type="radio"/> Autres :	<input type="radio"/> Inconnu
--------------------------	---------------------------	--------------------------	-----------------------------------	--------------------------------	-------------------------------

Cachet du médecin prescripteur *

Date :
Signature :

* Cachet du prescripteur avec mention du nom, prénom, adresse et numéro INAMI

Rendez-vous le à