



DEMANDE DE SCINTIGRAPHIE MYOCARDIQUE

DATE DE RECEPTION :

PATIENT

Nom et Prénom :
Date de naissance : **Poids :** **Taille :**
Téléphones : ♦ Fixe : ♦ Portable :
Adresse :

Si VSL utilisé, Nom et téléphone :
.....

MEDECIN DEMANDEUR

Nom : UF :
Tél : Fax :
Autres médecins destinataires :

INDICATION

- Dépistage
 Bilan pré-opératoire
 Evaluation fonctionnelle de sténoses coronariennes
 Evaluation thérapeutique : Médicamenteuse
 Revascularisation endovasculaire / Chirurgicale
- Asthme traité Oui Non
Capacité à l'effort (en watts) : Bonne Moyenne Médiocre Incapacité
Epreuve de stress : Effort Mixte Pharmacologique

HISTOIRE DE LA MALADIE

TRAITEMENT COMPLET

Traitement :

- Traitement antiangineux (ou antihypertenseur) à interrompre Oui Non
Consignes d'arrêt de traitement (démaquillage) :

Joindre : ☆ Dernier courrier de consultation
☆ Compte rendu de coronarographie
☆ Dernière épreuve d'effort

Rendez-vous fixé au :

Convocation faxée au service :

Important : Seules les demandes complètes permettront d'obtenir un rendez-vous