

# CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE TIVOLI

Nom médecin demandeur – Cachet - Date

NOM : .....

PRENOM : .....

NE(E) LE : ...../...../.....

DOSSIER : .....

N° TELEPHONE SERVICE : 064/27.64.23

## DEMANDE D'EXAMENS DE MEDECINE NUCLEAIRE (ISOTOPES - NIVEAU 3)

THYROIDE	Code	SYSTEME DIGESTIF	Code
<input type="checkbox"/> Captation 24 H (I 131)	201	<input type="checkbox"/> Reflux gastro-oesophagien	818
<input type="checkbox"/> Scintigraphie (TC 99M)	301	<input type="checkbox"/> Recherche diverticule Meckel (prémédic, à jeun)	313
<input type="checkbox"/> Scint. corps entier (après thyroïdectomie totale) + Tomo (I131)	701	<input type="checkbox"/> Transit gastrique (à jeun)	807
<input type="checkbox"/> Dose thérapeutique (I131)	100	<input type="checkbox"/> Breath test urée (à jeun)	112
<b>EXAMENS CARDIAQUES</b>		<input type="checkbox"/> Scint. hépatosplénique (colloïde TC 99M)	314
<input type="checkbox"/> Tomo-myoc. stress pharmaco (Pers,...)	202	<input type="checkbox"/> Scint. salivaire fonctionnelle	805
<input type="checkbox"/> Tomo-myoc. effort	202	<b>Recherche de saignement digestif :</b>	
<input type="checkbox"/> Tomo-myoc. repos	202	<input type="checkbox"/> Par GR marqués TC 99 M	108
<input type="checkbox"/> Viabilité myocardique (+ nitrés)	702	<b>EXAMENS RENAUX</b>	
<input type="checkbox"/> FE ventriculaire et motilité cardiaque	803	<input type="checkbox"/> Néphrogramme (Mag3) (DYN S. de jonction, test capoten,...)	812
<b>EXAMENS PULMONAIRES</b>		<input type="checkbox"/> Scintigraphie rénale (Dmsa) Fonction séparée, PN, infarctus,...)	315
<input type="checkbox"/> Scintigraphie pulmonaire perfusion	306	<input type="checkbox"/> Clearance globale (DTPA)	113
<input type="checkbox"/> Scintigraphie pulmonaire ventilation	323	<input type="checkbox"/> Cystographie rétrograde	819
<input type="checkbox"/> Recherche de shunt pulmonaire	307	<b>DIVERS</b>	
<input type="checkbox"/> Quantification (P)	308	<input type="checkbox"/> Volume sanguin global	105
<input type="checkbox"/> Quantification (V)	324	<input type="checkbox"/> Scintigraphie parathyroïde	816
		<input type="checkbox"/> Scintigraphie corticosurrénales (Tel MD)	327
		<input type="checkbox"/> Scintigraphie: médullosurrénales (Tel MD)	328
<b>S.N.C.</b>		<input type="checkbox"/> Recherche de foyer infectieux (GB *) centrée sur	322
<input type="checkbox"/> Tomographie cérébrale perfusion SPECT CT* <input type="checkbox"/>	203	<input type="checkbox"/> Lymphoscintigraphie pédieuse	820
<input type="checkbox"/> DAT Scan	205	<input type="checkbox"/> Lymphoscintigraphie M. supérieurs	821
<b>EXAMENS OSTEO ARTICULAIRES</b>		<input type="checkbox"/> Ganglion sentinelle	332
<input type="checkbox"/> Ostéodensitométrie	-	<input type="checkbox"/> Scintigraphie à l'octréotide (remb. INAMI Tel MD)	704
<input type="checkbox"/> Scintigraphie osseuse régionale	310	<input type="checkbox"/> DVP (dérivation Ve-péritonéale (Tel MD)	208
<input type="checkbox"/> Scintigraphie osseuse corps entier	501		
<input type="checkbox"/> Tomographie osseuse centrée sur : CT* <input type="checkbox"/>	204		
<input type="checkbox"/> Corps entier + Tomographie CT* <input type="checkbox"/>	703		
<input type="checkbox"/> Etude phase vasculaire et osseuse	813	<input type="checkbox"/> Xofigo (Ra223) (remb. INAMI Tel MD)	116
<input type="checkbox"/> Os dyn + SPECT-CT Bilan proth.,os, arthrodèse,déscellement, inflammation, fracture CT* <input type="checkbox"/>	813		

\* CT Diagnostique : NE PAS OUBLIER DE REMPLIR LE FORMULAIRE DE DEMANDE D'EXAMEN CT POUR LE SERVICE D'IMAGERIE MEDICALE (DOC 0008)

Renseignements cliniques :