

**Centre de Médecine Nucléaire  
E.L.I.S.E  
Au sein du CHAM  
658 A rue des Bourgoins  
45200 AMILLY**

**Pour les RDV tél : 02.38.95.85.02 / fax : 02.38.93.64.96**

**DEMANDE D'EXAMEN SCINTIGRAPHIQUE**

**Nom du médecin prescripteur et/ou hopital :**

**Nom, prénom et date de naissance du patient :**

Scintigraphie myocardique + Epreuve d'Effort (Dépistage et surveillance des cardiopathies ischémiques)

*Le matin les aliments ou boissons type café, thé, chocolat, banane sont interdits. Toutefois, il n'est pas nécessaire que vous soyez à jeun.*

Scintigraphie osseuse

Scintigraphie Pulmonaire

Scintigraphie Fraction d'Ejection

Scintigraphie Thyroïdienne

Parathyroïdienne

rénale :     MAG 3

DMSA

**Renseignements cliniques complémentaires :**