

Service de Biophysique et de Médecine Nucléaire

Hôpital de Hautepierre

Avenue Molière, 67098 STRASBOURG CEDEX

Pr I. J. NAMER

FORMULAIRE DE DEMANDE D'EXAMEN 99mTc-DPD (TéCéOS) :

RECHERCHE D'AMYLOSE CARDIAQUE

Document à faxer au 03.88.12.81.21

Patient :

Nom.....Prénom.....
Date de naissance .../.../..... Sexe..... Poids.....kg Taille..... m.....
Adresse.....
Téléphone .../.../.../.../.....

Médecin demandeur : Service.....

Etablissement..... Téléphone : .../.../.../.../.....

Fax : .../.../.../.../..... e-mail.....

Tableau clinique :

.....
.....
.....
.....

Enjeu diagnostique :

.....
.....

Résultats des examens précédents (biopsie, IRM, échographie-Doppler, BNP,...) :

.....
.....
.....

Traitement médical en cours :

.....
.....
.....
.....