République Tunisienne
Ministère de santé
Hôpital Sahloul de Sousse
Service de Médecine nucléaire

الجمهورية التونسية
وزارة الصحة
مستشفى سهلول بسوسة
قسم الطب النووي

Ville et Date : ……

Scintigraphie :……

Données patient *(obligatoire)*

Nom et prénom :……

Date de naissance :……

Nom et Prénom de la mère :……

Tél patient:……

Nom et Prénom du père :……

Nom et prénom de la mère :……

Données médecin traitant *(obligatoire)*

Nom et prénom :……

Service et hôpital : ……

Email :……

Tél (obligatoire):……

Données pour la demande scintigraphique