

**AANVRAAGFORMULIER NUCLEAIRE GENEESKUNDE**

Dienst Nucleaire Geneeskunde Sint Jozefskliniek Izegem  
 Ommegangstraat 7 - B-8870 Izegem  
 Tel nr.: **051/33 40 05**



Dr. Bracke Amelientje

<b>Patiënteninformatie</b>			
Naam: .....		Voornaam: .....	
Adres: .....			
Geboortedatum: ...../...../.....			
<input type="radio"/> Man / <input type="radio"/> Vrouw		<input type="radio"/> Ambulant/ <input type="radio"/> Gehospitaliseerd	
<b>Klinische inlichtingen:</b>			
<b>Diagnostische vraagstelling:</b>			
<b>Skelet</b> <input type="radio"/> Whole body scintigrafie <input type="radio"/> + 3 fasen skeletscintigrafie (regio): <input type="radio"/> + SPECT (regio): <input type="radio"/> + SPECT-CT (regio): <input type="radio"/> aanvinken indien uitdrukkelijk geen aanvullende low dose CT gewenst is  <b>Hart</b> <input type="radio"/> Myocardscintigrafie stress – rust * <input type="radio"/> na cyclo-ergometrie <input type="radio"/> na farmacologische belasting <input type="radio"/> Ejectiefraction  <b>Longen</b> <input type="radio"/> Ventilatie – perfusie scan <input type="radio"/> + kwantificatie  <b>Endocrinologie</b> <input type="radio"/> Schildklier : captatie + morfologie Tc99m <input type="radio"/> Bijschildklierscintigrafie <input type="radio"/> MIBG  <b>Lymfevaten</b> <input type="radio"/> Lymfografie bovenste of onderste ledematen <input type="radio"/> Sentinel scintigrafie (borst, vulva, cervix)	<b>Gastro-intestinaal</b> <input type="radio"/> Maagevacuatie (testmaaltijd) * <input type="radio"/> Meckels divertikel * <input type="radio"/> G-I bloeding * <input type="radio"/> Octreoscan  <b>Nieren</b> <input type="radio"/> Renografie met MAG3 (Lasix : met – zonder) <input type="radio"/> Nierscintigrafie met DMSA  <b>Centraal zenuwstelsel</b> <input type="radio"/> Regionale perfusiescan <input type="radio"/> DAT-scan (Parkinsonisme)  <b>Infectie/Inflammatie</b> <input type="radio"/> Gallium67 <input type="radio"/> Leukocytenscan  <b>Therapie</b> <input type="radio"/> Schildklier : I 131 * gewenste dosis : mCi <input type="radio"/> Botmetastasen : Samarium-153 / Radium-223 (Xofigo)  <b>Andere</b> <input type="radio"/> .....  (*) = Nuchter		
<input type="radio"/> Zwanger	<input type="radio"/> Borstvoeding	<input type="radio"/> Allergie	<input type="radio"/> Incontinentie
<b>Vorige relevante onderzoeken:</b>			
<input type="radio"/> Botscan <input type="radio"/> CT <input type="radio"/> NMR <input type="radio"/> RX <input type="radio"/> Echo <input type="radio"/> Andere:.....			<input type="radio"/> Onbekend
Stempel aanvrager (naam, voornaam, adres en RIZIV-nummer)		Datum: ...../...../.....	
		Handtekening:	