

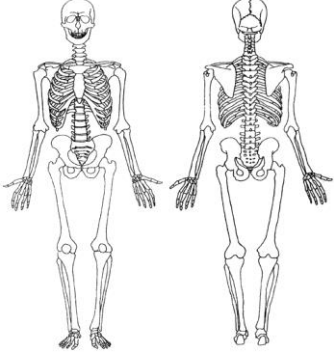
AANVRAAGFORMULIER NUCLEAIRE GENEESKUNDE

Identificatie van de patiënt	Uw afspraak - BLOK E - gelijkvloers
Naam + voornaam:	Datum:
Geboortedatum:	
Afdeling + kamer:	Uur:

Klinische inlichtingen en diagnostische vraagstelling

Geelieve bij eventuele zwangerschap of borstvoeding de dienst te verwittigen

Onderzoek(en)

<p>LONGEN</p> <p><input type="checkbox"/> Longventilatie/-perfusie scintigrafie met kwantificatie</p> <p><input type="checkbox"/> Longventilatie/-perfusie scintigrafie controle vanaf</p> <p>SCHILDKLIER</p> <p><input type="checkbox"/> Schildklierscintigrafie en captatieberekening (1)</p> <p><input type="checkbox"/> Mibi-schildklierscintigrafie (koude noduli)</p> <p><input type="checkbox"/> Bijschildklierscintigrafie</p> <p>SKELET</p> <p><input type="checkbox"/> 3-fasen botsintigrafie</p> <p><input type="checkbox"/> Botsintigrafie-total body</p> <p><input type="checkbox"/> SPECT/CT</p> <p>regio ⇒</p> <p><input type="checkbox"/> Vasculair-HSA (2)</p> <p>HART</p> <p><input type="checkbox"/> Myocardperfusiescintigrafie (3) (6)</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> in rust</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> farmacologisch Regadenoson</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> fietsproef</p> <p><input type="checkbox"/> Ventriculoscintigrafie met bepaling van ejectiefractie</p> <p>NIEREN</p> <p><input type="checkbox"/> Functiescintigrafie met DMSA</p> <p><input type="checkbox"/> Renogram (MAG-3) (5)</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> met Lasix</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> na Captopril</p> <p>(1) geen joodcontaminatie (6 weken)</p> <p>(2) uitdrukkelijk na botsintigrafie</p> <p>(3) nuchter</p> <p>(4) attest noodzakelijk</p> <p>(5) 1 liter water drinken voor onderzoek, volle blaas niet nodig</p> <p>(6) geen cafeïnehoudende dranken of voeding gebruiken 24u VOOR onderzoek</p>		<p>HERSENEN</p> <p><input type="checkbox"/> Corticale perfusie (6)</p> <p><input type="checkbox"/> DaTSCAN (4)</p> <p>MAAG-DARM</p> <p><input type="checkbox"/> Maagevacuatiescintigrafie (3)</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> vast</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> vloeibaar</p> <p><input type="checkbox"/> Speekselklierscintigrafie</p> <p><input type="checkbox"/> Opsporen van divertikel van Meckel (3)</p> <p><input type="checkbox"/> SeHCAT (3)</p> <p>INFECTIE/LYMFE</p> <p><input type="checkbox"/> Lymfoscintigrafie (lidmaat)</p> <p><input type="checkbox"/> Leucocytsintigrafie regio (2) (3)</p> <p>ONCOLOGIE</p> <p><input type="checkbox"/> Schildklierscintigrafie I-131 met Thyrogen (4)</p> <p><input type="checkbox"/> Bijnierscintigrafie MIBG-I 123</p> <p><input type="checkbox"/> Sentinel node lymfoscintigrafie</p> <p><input type="checkbox"/> Octreotidescintigrafie (4)</p> <p>THERAPIE</p> <p><input type="checkbox"/> Jodium-131-therapie (3) dosis mCi</p> <p><input type="checkbox"/> Xofigo</p>
---	---	--

Stempel voorschrijver + handtekening
met vermelding van naam, voornaam, adres, telnr & RISIVnr

Datum

Vorige relevante onderzoek(en) in verband met de diagnostische vraagstelling

CT
 NMR
 RX/Echo
 Labo
 Andere
 Nucleaire

Geelieve het aanvraagformulier volledig in te vullen.