

Patiëntengegevens:	Aanvragende arts: (Stempel + RIZIV nr.) Handtekening Datum: / /
Relevante klinische gegevens en diagnostische vraagstelling:	
Vorige relevante onderzoeken (aub meegeven zo niet beschikbaar in AZG): <input type="checkbox"/> Scintigrafie - <input type="checkbox"/> Echo - <input type="checkbox"/> RX - <input type="checkbox"/> CT - <input type="checkbox"/> NMR - <input type="checkbox"/> Andere - <input type="checkbox"/> Ongekend	
Skelet en gewrichten: <input type="checkbox"/> Whole body scintigrafie <input type="checkbox"/> 3-fasen Lichaamsdeel: _____ <input type="checkbox"/> SPECT <input type="checkbox"/> SPECT+CT <input type="checkbox"/> Botdensitometrie Schildklier: (graag resultaten biochemie) <input type="checkbox"/> Scintigrafie met Tc 99m + captatie <input type="checkbox"/> Bijschildklierscintigrafie <input type="checkbox"/> I 123 captatiecurve Hart: <input type="checkbox"/> Ventriculografie met bepaling ejectiefractie <input type="checkbox"/> Myocardperfusie scintigrafie <input type="checkbox"/> in rust <input type="checkbox"/> na farmacologische belasting en in rust (NUCHTER) Nieren: <input type="checkbox"/> Nierfunctie scintigrafie met DMSA <input type="checkbox"/> Renogram met MAG3 <input type="checkbox"/> met Furosemide (Lasix® 0,5 mg/kg) <input type="checkbox"/> na Captopril (Capoten® 2,5 mg) Hersenen: <input type="checkbox"/> Corticale doorbloeding <input type="checkbox"/> Cisternografie * <input type="checkbox"/> DAT-scintigrafie * (NUCHTER)	Longen: <input type="checkbox"/> Perfusiescintigrafie <input type="checkbox"/> Ventilatiescintigrafie <input type="checkbox"/> Kwantificatie Spijvertering: (NUCHTER) <input type="checkbox"/> Speekselklier scintigrafie <input type="checkbox"/> Opsporen gastro-oesophagale reflux <input type="checkbox"/> Maagevacuatie vast voedsel <input type="checkbox"/> Opsporen Meckel divertikel <input type="checkbox"/> Opsporen gastro-intestinale bloeding <input type="checkbox"/> Lever- galwegen scintigrafie Lymfevaten: <input type="checkbox"/> Lymfe scintigrafie <input type="checkbox"/> onderste ledematen <input type="checkbox"/> bovenste ledematen <input type="checkbox"/> Sentinel node <input type="checkbox"/> borst <input type="checkbox"/> melanoma <input type="checkbox"/> andere: _____ Infectie / Tumor: <input type="checkbox"/> Witte bloedcellen scintigrafie (NUCHTER) <input type="checkbox"/> Whole body scintigrafie met I-131 * <input type="checkbox"/> MIBG scintigrafie ** Andere:
Therapie: <input type="checkbox"/> Samarium-153 (Quadramet®) * <input type="checkbox"/> scan na Sm-153 <input type="checkbox"/> Iodium-131 dosis: _____ MBq/mCi * <input type="checkbox"/> scan na I-131 <input type="checkbox"/> Yttrium-90 TheraSphere® */ Sirtex® * <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MAA scan voor Y-90 / scan na Y-90 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Radium-223(Xofigo®) *	

* NA OVERLEG – PRODUCT OP BESTELLING

** NA OVERLEG MET NUCLEARIST

Volgnummer:

Prestaties:

Cam 1
 Cam 2
 Cam 3

Technoloog: