az Sint –Blasius
Kroonveldlaan 50 I 9200 Dendermonde
tel. 052 25 20 11

AANVRAAGFORMULIER gericht aan NUCLEAIRE GENEESKUNDE

IDENTIFICATIEKLEVER PATIËNT

NAAM : .....

VOORNAAM : .....

GEBOORTEDATUM : .....

OF PATIËNTENKLEVER

☐ **dringend**

☐ **uit te voeren op** .....

DIENST : .....
Kamer : .....
Tel : .....
VERVOER : ☐ **bed** ☐ **rolstoel** ☐ **te voet** ☐ **O_2**

Eén apart aanvraagformulier per klinische vraagstelling. ALLE VAKKEN VERPLICHT INVULLEN!
Dit aanvraagformulier komt pas voor terugbetaling door RIZIV in aanmerking indien alle rubrieken correct zijn ingevuld door de aanvragende arts, cfr. RIZIV-bepalingen per 1.3.2013. De normale afwerking van het aangevraagde onderzoek kan vertraging oplopen wanneer dit niet het geval is.

KLINISCHE INLICHTINGEN / DIAGNOSTISCHE VRAAGSTELLING :

.....

.....

GEVRAAGDE PRESTATIE(S) OF VERSTREKKING(EN) :

BOTSCAN-SPECT/CT: zie ommezijde

VOORBEREIDING VAN DE PATIËNT:
N = Nuchter
I = Aandacht voor incontinentie: Vooraf Nucleaire Geneeskunde contacteren ifv voorzorgsmaatregelen (Dect 2660)

HART:
- ○ Ejectiefractie rust
- ○ Myocardperfusie gated SPECT **(N)**
  - ○ Rust + inspanning (cyclo)
  - ○ Rust + Persantine®

GASTRO-INTESTINAAL:
- ○ Gastro-oesophageale reflux **(N)**
- ○ Maaglediging **(N)**
- ○ Lever en Milt
- ○ Galblaas en galwegen **(N)**
- ○ Divertikel van Meckel **(N)**
- ○ Acute gastro-intestinale bloeding

LONGEN:
- ○ Longperfusie + SPECT
- ○ Longperfusie-ventilatie + SPECT
- ○ Longperfusie-ventilatie + kwantificatie

NEFRO – UROLOGIE:
- ○ DMSA nierscintigrafie (+SPECT)
- ○ MAG 3 Renogram met li/re klaring
- ○ MAG 3 Renogram met Lasix®
- ○ MAG 3 Renogram met Captopril®

SCHILDKLIER:
- ○ Schildklier planair
- ○ Schildklier SPECT
- ○ Bijschildklier

TUMOREN:
- ○ Sentinel node lymfoscintigrafie
- ○ PET-scan (OLV Aalst) **(N)**
- ○ Mammoscintigrafie (MIBI) SPECT
- ○ MIGB I123 **(N) (I)**
- ○ Schildklier (MIBI)
- ○ Octreotide **(N) (I)**
- ○ Gallium whole body SPECT **(N) (I)**

HERSENEN:
- ○ Perfusie SPECT basaal
- ○ Perfusie SPECT na Diamox®
- ○ Cisternografie
- ○ DAT-scan **(I)**

THERAPIE:
- ○ Jood 131: ..... mCi
- ○ Samarium 153
- ○ Yttrium 90 **(I)**
- ○ Radium 223 **(I)**
- ○ Xofigo

VARIA:
- ○ Leucoscan (+evt. SPECT) **(N)**
- ○ Speekselklier **(N)**
- ○ Lymfoscintigrafie OL/BL
- ○ Vasculaire scan (Nanocolloid)

RELEVANTE KLINISCHE INFORMATIE :

ZWANGERSCHAP / BORSTVOEDING?	O ja	O nee
Gekende allergie?	O ja	O nee
Diabetes mellitus?	O ja	O nee
Bronisolatie?: contact/druppel/aerogeen/combinatie	O ja	O nee

Lengte: .....

Gewicht: .....

Datum : ..... Naamstempel + handtekening

+ telefoonnummer voor dringend resultaat : .....

Gelieve dit aanvraagformulier zeker mee te brengen de dag van uw onderzoek !!!
Indien u verhinderd bent gelieve minstens 24u op voorhand te verwittigen! Zoniet worden de producten aangerekend.

az Sint –Blasius
Kroonveldlaan 50 I 9200 Dendermonde
tel. 052 25 20 11

AANVRAAGFORMULIER gericht aan NUCLEAIRE GENEESKUNDE

IDENTIFICATIEKLEVER PATIËNT

NAAM : .....

VOORNAAM : .....

GEBOORTEDATUM : .....

OF PATIËNTENKLEVER

☐ **dringend**

☐ **uit te voeren op** .....

DIENST : .....
Kamer : .....
Tel : .....
VERVOER : ☐ **bed** ☐ **rolstoel** ☐ **te voet** ☐ **O_2**

Aanvraagformulier Botscan & SPECT/CT

Eén apart aanvraagformulier per klinische vraagstelling. ALLE VAKKEN VERPLICHT INVULLEN!
Dit aanvraagformulier komt pas voor terugbetaling door RIZIV in aanmerking indien alle rubrieken correct zijn ingevuld door de aanvragende arts, cfr. RIZIV-bepalingen per 1.3.2013. De normale afwerking van het aangevraagde onderzoek kan vertraging oplopen wanneer dit niet het geval is.

Relevante klinische inlichtingen:

Diagnostische vraagstelling:

BOTSCAN

Opties aanduiden in functie van toepassing:

☐ Met perfusie
☐ van regio: .....

☐ Met SPECT/tomografie (3D opname van botscan)
☐ van regio: .....
☐ met lokalisatie-CT

☐ Met diagnostische CT (SPECT/CT) (enkel indien lokalisatie-CT niet voldoet)
VERPLICHT aanvraagformulier Medische Beeldvorming in te vullen

Andere voorgestelde onderzoeken:

☐ Vasculaire scintigrafie	☐ Ja	☐ Ja, indien beeld suggestief voor CRPS/Südeck
☐ Leukocytenscintigrafie	☐ Ja	☐ Ja, indien infectie niet uitgesloten

Relevante klinische informatie:

ZWANGERSCHAP / BORSTVOEDING?	O ja	O nee
Gekende allergie?	O ja	O nee
Diabetes mellitus?	O ja	O nee
Bronisolatie?: contact/druppel/aerogeen/combinatie	O ja	O nee

Datum : ..... Naamstempel + handtekening

+ telefoonnummer voor dringend resultaat : .....

Gelieve dit aanvraagformulier zeker mee te brengen de dag van uw onderzoek !!!
Indien u verhinderd bent gelieve minstens 24u op voorhand te verwittigen! Zoniet worden de producten aangerekend.