



SİNTİGRAFI ÇEKİM FORMU

HASTA ADI :

TARİH :

YAŞ :

Protokol No:

CİNSİYET:

Tetkik Adı :

Meslek:

Adres:

Telefon:

Sintigrafi Tipi :

Verilen Doz:

Enjeksiyon Saati :

Çekim Saati :

Anamnez ve Klinik Bulgular :