

Date de naissance			N° de dossier		
Année	Mois	Jour			
N° d'assurance maladie					
Nom à la naissance			Prénom		
Adresse					
Ville		Code postal		N° de téléphone	
Nom de la mère			Prénom de la mère		
Nom du père			Prénom du père		

INSTALLATION : _____

DEMANDE D'EXAMEN AVEC RENDEZ-VOUS
MÉDECINE NUCLÉAIRE

DATE | Année | Mois | Jour

ÉCHELLE DE PRIORITÉ CLINIQUE : B : Inférieure ou égale à 10 jours C : Inférieure ou égale à 28 jours
 D : Inférieure ou égale à 3 mois (90 jours) Suivi

Télécopier la requête au 819 820-6462 (Hôpital Fleurimont) ou au 819 822-6769 (Hôtel-Dieu de Sherbrooke)
Le service de médecine nucléaire communiquera avec l'utilisateur pour fixer le rendez-vous

Système cardiovasculaire	Système urinaire	Système endocrinien
<input type="checkbox"/> MIBI persantin (dipyridamole)	<input type="checkbox"/> Fonction rénale : base seulement	<input type="checkbox"/> Scintigraphie parathyroïdienne
<input type="checkbox"/> Ventriculographie isotopique	<input type="checkbox"/> Fonction rénale : base et Captopril	<input type="checkbox"/> Scintigraphie glandes médullosurrénales (MIBG)
<input type="checkbox"/> Étude de viabilité myocardique au Thallium-201	<input type="checkbox"/> Étude du cortex rénal (DMSA*)	<input type="checkbox"/> Scintigraphie/captation thyroïdienne (inclus TSH et T4)
<input type="checkbox"/> MIBI à l'effort (<u>précisez</u>) : <input type="checkbox"/> Diagnostic (arrêt β-bloqueurs 48 jours) <input type="checkbox"/> Pronostic (aucun arrêt de médicament)	<input type="checkbox"/> Fonction rénale au Lasix (<u>précisez</u>) : <input type="checkbox"/> Examen régulier <input type="checkbox"/> F-15 (Lasix 15 min. avant l'examen)	<input type="checkbox"/> Scintigraphie pancorporelle à l'iode ¹³¹ (pour néoplasie)
<input type="checkbox"/> Scintigraphie au pyrophosphate (amyloïdose cardiaque)	<input type="checkbox"/> Taux de filtration glomérulaire (GFR)	Système nerveux
Système squelettique	<input type="checkbox"/> Cystographie mictionnelle isotopique	<input type="checkbox"/> Cisternographie isotopique
Scintigraphie osseuse <input type="checkbox"/> Pancorporelle <input type="checkbox"/> 1 site : _____	Système hémo-poïétique	<input type="checkbox"/> Recherche de fuite du liquide céphalo-rachidien (LCR)
Système respiratoire	<input type="checkbox"/> Scintigraphie au Gallium-67 ↳ Site : _____	<input type="checkbox"/> Tomoscintigraphie de perfusion cérébrale
<input type="checkbox"/> Scintigraphie pulmonaire ventilation et perfusion (Scinti. V/Q) <input type="checkbox"/> URGENCE/Code A	<input type="checkbox"/> URGENCE/Code A	<input type="checkbox"/> Tomoscintigraphie cérébrale des récepteurs DOPA (DAT_SCAN)
<input type="checkbox"/> Scintigraphie pulmonaire de quantification (perfusion seulement)	<input type="checkbox"/> Scintigraphie pour recherche de foyers infectieux ou inflammatoires aux globules blancs marqués	

Système digestif		
<input type="checkbox"/> Scintigraphie hépatosplénique	<input type="checkbox"/> Recherche site digestif d'hémorragie <input type="checkbox"/> URGENCE/Code A	<input type="checkbox"/> Métabolisme des sels biliaires (SeHCAT)
<input type="checkbox"/> Scintigraphie hépatobiliaire <input type="checkbox"/> URGENCE/Code A	<input type="checkbox"/> Recherche diverticule de Meckel	<input type="checkbox"/> Recherche d'hémangiome hépatique
<input type="checkbox"/> Scintigraphie hépatobiliaire sous CCK*	<input type="checkbox"/> Transit œsophagien	<input type="checkbox"/> Étude vidange gastrique liquide
<input type="checkbox"/> Scintigraphie glandes salivaires	<input type="checkbox"/> Étude reflux gastro-œsophagien	<input type="checkbox"/> Étude vidange gastrique solide
<input type="checkbox"/> Autre(s) examen(s) : _____		

Impression diagnostique et renseignements cliniques obligatoires		Divers
_____		<input type="checkbox"/> Scintigraphie mammaire
_____		<input type="checkbox"/> Lymphoscintigraphie (<u>précisez</u>) :
_____		<input type="checkbox"/> Lymphœdème
_____		<input type="checkbox"/> Recherche de ganglion sentinelle

Point de service du médecin référent		ESTAMPE	
N° téléphone : _____	N° télécopieur : _____		
Nom du point de service : _____			
Médecin en copie conforme et n° de permis : _____			
Signature du médecin référent	Nom en caractère d'imprimerie	N° de permis	Date

*CCK : Cholécystokinine, DMSA : Acide dimercaptosuccinique

CHUS-FDCU-IM-001