

INSTALLATION : _____

DEMANDE D'EXAMEN AVEC RENDEZ-VOUS
TOMOGRAPHIE D'ÉMISSION PAR POSITRONS
(TEP)

DATE

Année	Mois	Jour
-------	------	------

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	

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 819 820-6490* et le service communiquera avec l'utilisateur pour fixer le rendez-vous.
Si examen urgent, appeler au 819 346-1110, poste 11898

*Annexer les rapports d'examens pertinents et aviser l'utilisateur d'apporter le CD (images radiologiques)

À COMPLÉTER

Poids¹ : _____ lbs kg Taille : _____ pi cm Diabète : Non Oui, précisez : Type I Type II

Étude oncologique au fluorodésoxyglucose (FDG)

- Bilan initial d'une néoplasie prouvée ou post chirurgie en prévision de chimiothérapie et de la radiothérapie :
Spécifiez : Traitements curatifs Traitements palliatifs
- Suspicion de : Récidive Néoplasie sans preuve histologique (clinique, biochimique ou imagerie médicale) :
Spécifiez : Haute probabilité Faible probabilité
- Récidive prouvée : Spécifiez : Traitements curatifs Traitements palliatifs
- Suivi post thérapie : Symptomatique Asymptomatique Première année Plus d'un an (suivi)

Mesure de la réponse du traitement 3 mois et plus : Chimiothérapie Radiothérapie Chirurgie
Date du dernier traitement : _____ Date du prochain traitement prévu ou envisagé* le : _____
*Délais recommandés : Chimiothérapie (3 semaines), radiothérapie (3 mois) et chirurgie (4 semaines)

Étude myocardique

Étude de viabilité au FDG : Fraction éjection ventricule gauche _____ %

Autre(s) examen(s)

- Inflammation/infection au FDG Appeler immédiatement si contexte : d'endocardite, de septicémie ou de vasculite
- TEP cérébrale FDG Protéine TAU Amyloïde Étude osseuse (NaF)
- Récepteurs de la somatostatine (ex. : octréotate) Récepteurs oestrogéniques (exemple : MFES)
- Récepteurs de l'antigène membranaire spécifique de la prostate (PSMA)
Précisez si l'utilisateur a eu : Valeurs des dernières PSA : _____ GLEASON : _____ Stade initial : _____
- Prostatectomie radicale Hormonothérapie : Nouvelle génération En cours Terminée
- Radiothérapie : En cours Terminée Chimiothérapie : En cours Terminée

Renseignements cliniques obligatoires (précisez : histologie, extension, question clinique, etc.)

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 référant _____ Nom en caractère d'imprimerie _____ N° de permis _____ Date _____

¹ À documenter dans le DCI (ARIANE) lorsque disponible