

## Demande d'examen TEP (Tomographie d'Émission par Positrons)

<b>Informations sur le patient</b> Ce patient est:		<input type="radio"/> Externe	Chambre _____	Établissement : _____
		<input type="radio"/> Hospitalisé	No de téléphone de l'établissement _____	
Nom :		Adresse	No. _____	Rue : _____
Nom de fille :			Apt. _____	Ville : _____
Prénom :			Code postal : _____	
No assura. maladie :			Téléphone maison : _____	
No dossier CHUS :			Téléphone bureau : _____	
Date de naissance :	ex:12-jan-1972	Poids : _____	<input type="radio"/> lbs <input type="radio"/> kg	Taille : _____
			<input type="radio"/> cm <input type="radio"/> po	Diabétique : <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non

<b>Informations sur le médecin requérant</b>	
Nom : _____	Établissement : _____
No permis : _____	Téléphone : _____
	Fax : _____

<b>Informations sur l'examen demandé (CHAMP OBLIGATOIRE)</b>		<i>Après vérification et en fonction des informations fournies, un code de priorisation sera attribué à chaque patient externe. Si vous jugez que l'examen est <u>prioritaire</u>, le justifier d'avantage dans l'espace "Renseignements cliniques".</i>	
Étude oncologique au FDG			
<input type="radio"/> Bilan initial d'une néoplasie prouvée <small>ou bilan post chirurgie en prévision de chimio et/ou radio</small>	<input type="radio"/> Traitements curatifs (A1)	<input type="radio"/> Suspicion de néoplasie, aucune preuve histologique	<input type="radio"/> Haute probabilité (A2)
<input type="radio"/> Récidive prouvée	<input type="radio"/> Traitements palliatifs (B2)	<input type="radio"/> Suspicion de récurrence (clinique, biochimique ou imagerie)	<input type="radio"/> Faible probabilité (C2)
<input type="radio"/> Suivi post thérapie asymptomatique	<input type="radio"/> Première année (C1)	Dernière chimio ou radiothérapie le: _____ Prochain traitement prévu le _____ ***Date du dernier traitement et/ou du prochain tx envisagé Délais recommandés: 3 sem chimio, 4 sem chx, 3 mois radiothérapie	
<input type="radio"/> Mesurer la réponse à la chimio/radiothérapie ad 3 mois (B1)	<input type="radio"/> > de 1 an (Suivi)		
		<input type="radio"/> Chirurgie	
Étude myocardique			
<input type="radio"/> Étude de viabilité au FDG	Fraction éjection VG: _____	<input type="radio"/> Étude de perfusion à l'ammoniaque	<input type="checkbox"/> Repos <input type="checkbox"/> Stress
Autre			
<input type="radio"/> Étude cérébrale (FDG) (C2)	<input type="radio"/> Inflammation/infection (FDG) (A1)	<input type="radio"/> Étude osseuse (NaF)	<input type="radio"/> Octréotate

**Renseignements cliniques pertinents (être le plus précis possible: histologie, extension, question clinique) CHAMP OBLIGATOIRE**

Signature du médecin: \_\_\_\_\_ Date de la demande: \_\_\_\_\_ ex: 01-jan-2012