



## DEMANDE D'EXAMENS EN TOMOGRAPHIE PAR ÉMISSION DE POSITRONS (TEP)

<b>EXAMEN DEMANDÉ</b>  <b>FDG</b> <input type="checkbox"/> Oncologique (remplir section oncologique) <input type="checkbox"/> Oncologique radiothérapie de planification <input type="checkbox"/> Viabilité cardiaque <input type="checkbox"/> Infection/inflammation cardiaque <input type="checkbox"/> Infection/inflammation autre <input type="checkbox"/> Cérébral <input type="checkbox"/> Autre : _____  <b><sup>68</sup>Ga-octréotate</b> <input type="checkbox"/> Oncologique (remplir section oncologique)	<b>INFORMATION SUR L'USAGER</b>  <input type="checkbox"/> Externe : Numéro où l'utilisateur peut-être rejoint : _____ ou <input type="checkbox"/> Hospitalisé : Établissement : _____ Chambre : _____  Numéro de téléphone de l'établissement : _____  Poids : _____ kg Taille : _____ cm  Diabétique? : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, spécifier : <input type="checkbox"/> Insuline ou <input type="checkbox"/> Hypoglycémifiants oraux Allergie : _____																				
<b>PRIORISATION</b> <input type="checkbox"/> Urgent immédiat (délai visé 24 h) (donner les justifications) <input type="checkbox"/> Urgent (délai visé moins de 7 jours) <input type="checkbox"/> Électif (délai visé moins de 30 jours) <input type="checkbox"/> Date ciblée : _____	<b>RENSEIGNEMENTS CLINIQUES</b>																				
<b>DERNIERS TRAITEMENTS</b> <input type="checkbox"/> Chimiothérapie : _____ (aaaa/mm/jj) <input type="checkbox"/> Radiothérapie : _____ (aaaa/mm/jj) <input type="checkbox"/> Chirurgie : _____ (aaaa/mm/jj) <input type="checkbox"/> Antibiotiques : _____ (aaaa/mm/jj)																					
<b>SECTION ONCOLOGIQUE (OBLIGATOIRE)</b>																					
<b>1. QUEL EST LE SITE PRIMAIRE DE LA NÉOPLASIE PROUVÉE/SUSPECTÉE?</b> <table style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Cœur</td> <td><input type="checkbox"/> Lymphome</td> <td><input type="checkbox"/> Poumon</td> <td><input type="checkbox"/> Thyroïde</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Colorectale</td> <td><input type="checkbox"/> Mélanome Site : _____</td> <td><input type="checkbox"/> Prostate</td> <td><input type="checkbox"/> Tumeur neuroendocrine</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Col utérin/utérus</td> <td><input type="checkbox"/> Œsophage</td> <td><input type="checkbox"/> Rein</td> <td><input type="checkbox"/> Vessie</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Foie/hépatobiliaire</td> <td><input type="checkbox"/> Ovaire</td> <td><input type="checkbox"/> Sein</td> <td><input type="checkbox"/> Inconnue</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Gastrique</td> <td><input type="checkbox"/> Pancréas</td> <td><input type="checkbox"/> Sphère ORL</td> <td><input type="checkbox"/> Autre : _____</td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> Cœur	<input type="checkbox"/> Lymphome	<input type="checkbox"/> Poumon	<input type="checkbox"/> Thyroïde	<input type="checkbox"/> Colorectale	<input type="checkbox"/> Mélanome Site : _____	<input type="checkbox"/> Prostate	<input type="checkbox"/> Tumeur neuroendocrine	<input type="checkbox"/> Col utérin/utérus	<input type="checkbox"/> Œsophage	<input type="checkbox"/> Rein	<input type="checkbox"/> Vessie	<input type="checkbox"/> Foie/hépatobiliaire	<input type="checkbox"/> Ovaire	<input type="checkbox"/> Sein	<input type="checkbox"/> Inconnue	<input type="checkbox"/> Gastrique	<input type="checkbox"/> Pancréas	<input type="checkbox"/> Sphère ORL	<input type="checkbox"/> Autre : _____
<input type="checkbox"/> Cœur	<input type="checkbox"/> Lymphome	<input type="checkbox"/> Poumon	<input type="checkbox"/> Thyroïde																		
<input type="checkbox"/> Colorectale	<input type="checkbox"/> Mélanome Site : _____	<input type="checkbox"/> Prostate	<input type="checkbox"/> Tumeur neuroendocrine																		
<input type="checkbox"/> Col utérin/utérus	<input type="checkbox"/> Œsophage	<input type="checkbox"/> Rein	<input type="checkbox"/> Vessie																		
<input type="checkbox"/> Foie/hépatobiliaire	<input type="checkbox"/> Ovaire	<input type="checkbox"/> Sein	<input type="checkbox"/> Inconnue																		
<input type="checkbox"/> Gastrique	<input type="checkbox"/> Pancréas	<input type="checkbox"/> Sphère ORL	<input type="checkbox"/> Autre : _____																		
<b>2. BUT DE L'EXAMEN?</b> <input type="checkbox"/> Diagnostique/Stadification <input type="checkbox"/> Recherche de récurrence/Re-Stadification <input type="checkbox"/> Évaluation de la réponse thérapeutique <input type="checkbox"/> Planification radiothérapie	<b>3. PLAN PRÉ TEP : Si la TEP n'était pas disponible, quel serait votre conduite?</b>  <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> Traitement curatif  <input type="checkbox"/> Traitement palliatif  <input type="checkbox"/> Biopsie  <input type="checkbox"/> Autre imagerie  <input type="checkbox"/> Observation         </td> <td style="width: 10%; text-align: center; vertical-align: middle;"> <b>Si traitement, lequel?</b> </td> <td style="width: 40%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Chirurgie  <input type="checkbox"/> Radiothérapie  <input type="checkbox"/> Chimiothérapie  <input type="checkbox"/> Traitement support/confort  <input type="checkbox"/> Autre         </td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Traitement curatif <input type="checkbox"/> Traitement palliatif <input type="checkbox"/> Biopsie <input type="checkbox"/> Autre imagerie <input type="checkbox"/> Observation	<b>Si traitement, lequel?</b>	<input type="checkbox"/> Chirurgie <input type="checkbox"/> Radiothérapie <input type="checkbox"/> Chimiothérapie <input type="checkbox"/> Traitement support/confort <input type="checkbox"/> Autre																	
<input type="checkbox"/> Traitement curatif <input type="checkbox"/> Traitement palliatif <input type="checkbox"/> Biopsie <input type="checkbox"/> Autre imagerie <input type="checkbox"/> Observation	<b>Si traitement, lequel?</b>	<input type="checkbox"/> Chirurgie <input type="checkbox"/> Radiothérapie <input type="checkbox"/> Chimiothérapie <input type="checkbox"/> Traitement support/confort <input type="checkbox"/> Autre																			
Demandé par : _____ Date (aaaa/mm/jj) : _____ (nom, prénom (en lettres moulées), numéro de permis d'exercice)																					
Signature du médecin : _____ Copie conforme : _____																					

( )

Nom :

Prénom :

# Dossier :

## PRIORISATION

Les délais inscrits ici sont les délais visés, mais ils peuvent varier en fonction du nombre de demandes reçues. Ils seront respectés, au mieux de nos capacités, selon leur priorité. Ils sont basés sur *L'Alliance sur les temps d'attentes* ([www.waitimealliance.ca](http://www.waitimealliance.ca)).

	<b>A</b> <b>URGENT IMMÉDIAT</b> (moins de 24h)	<b>B</b> <b>URGENT</b> (moins de 7 jours)	<b>C</b> <b>ÉLECTIF</b> (moins de 30 jours ou à la date ciblée)
<b>DÉFINITIONS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Infection ou inflammation dont la TEP est nécessaire pour initier un traitement</li> <li>• TEP oncologique dont il y a une extrême urgence à initier un traitement curatif</li> </ul> <p><b>DOIT ÊTRE CLAIREMENT JUSTIFIER DANS LES RENSEIGNEMENTS CLINIQUES</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nouvelle néoplasie prouvée ou suspectée pour laquelle une chirurgie ou chimiothérapie ou radiothérapie ou un autre traitement est potentiellement curatif</li> <li>• Récidive d'une néoplasie sous forme locale ou métastatique pour laquelle une chirurgie ou chimiothérapie ou radiothérapie ou un autre traitement est potentiellement curatif</li> <li>• Viabilité cardiaque</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Néoplasie (nouvelle ou récidive) dont seulement des traitements palliatifs sont envisagés et qu'il n'y a aucun traitement curatif possible</li> <li>• Pour évaluer la réponse aux traitements (intérimaire ou post traitement)</li> <li>• Suivi post traitements sans signe de récidive clinique ou biochimique mais à haut risque de récidive.</li> <li>• TEP cérébrale (investigation de démence ou épilepsie)</li> </ul>

## INFORMATIONS AU MÉDECIN RÉFÉRANT

1. À moins d'une situation clinique particulière, une TEP ne devrait pas être effectuée dans les trois semaines suivant un traitement de chimiothérapie ou dans les trois mois suivant un traitement de radiothérapie
2. Optimalement, une TEP pour la recherche d'une infection ou d'inflammation devrait être effectuée avant le début d'un traitement antibiotique ou anti-inflammatoire
3. Une demande d'examen incomplète ou illisible vous sera retournée, ce qui risque d'entraîner des délais
4. Acheminer la requête d'examen par télécopieur : **418 691-2964**

( )