

PRÉPARATION POUR UNE TOMOSCINTIGRAPHIE MYOCARDIQUE (MIBI) – MÉDECINE NUCLÉAIRE

POIDS : _____ kg	TAILLE : _____ cm	SURFACE CORPORELLE : _____ m ²
ALLERGIES : _____		INTOLÉRANCES : _____
SI CETTE DEMANDE D'EXAMEN VOUS A ÉTÉ ACHEMINÉE PAR ERREUR, MERCI DE LA RETOURNER À L'ACCUEIL DE MÉDECINE NUCLÉAIRE DE VOTRE INSTALLATION/HÔPITAL.		
PROVENANCE <input type="checkbox"/> Hospitalisée <input type="checkbox"/> Urgence <input type="checkbox"/> Externe		MOBILITÉ <input type="checkbox"/> Ambulant <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant
PRÉCAUTIONS ADDITIONNELLES: <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Contact renforcées		<input type="checkbox"/> Contact <input type="checkbox"/> Gouttelettes/contact <input type="checkbox"/> Aériennes <input type="checkbox"/> Autre :
NIVEAU DE PRIORITÉ MSSS (OBLIGATOIRE) : <input type="checkbox"/> A (0-3 jours) <input type="checkbox"/> B (4-10 jours) <input type="checkbox"/> C (11-28 jours) <input type="checkbox"/> D (moins de 3 mois)		
<input type="checkbox"/> Contrôle (aaaa/mm/jj) : _____ / _____ / _____		
INDICATION(S) CLINIQUE(S) : _____ _____		
PRÉCISER LE TEST DÉSIRÉ <input type="checkbox"/> AU DIPYRIDAMOLE (MIBI PERSANTIN MD) <input type="checkbox"/> À LA DOBUTAMINE (MIBI-DOBUTAMINE) <input type="checkbox"/> À L'EFFORT (MIBI À L'EFFORT) <input type="checkbox"/> AU REPOS SEUL OU PER DOULEUR (MIBI-REPOS) N.B. Si bloc de branche gauche ou rythme de pacemaker, préférer le test au dipyridamole.		
Site désiré : <input type="checkbox"/> HDQ <input type="checkbox"/> SFA <input type="checkbox"/> CHUL <input type="checkbox"/> HEJ <input type="checkbox"/> HSS		
Omettre les médicaments suivants selon le délai prescrit et jusqu'à la fin de l'examen (reprendre immédiatement après la stimulation pharmacologique ou à l'effort, le jour même). <input checked="" type="checkbox"/> Nitrates per os et le nicorandil (IkorelMD) : le jour avant et le matin de l'examen <input checked="" type="checkbox"/> Timbres de nitrates ou nitrates topiques : omettre à partir de 20 h la veille de l'examen <input checked="" type="checkbox"/> Inhibiteurs de la 5-phosphodiestérase per os : 2 jours avant, le jour avant et le matin de l'examen. <input checked="" type="checkbox"/> Dérivés de la théophylline : 2 jours avant, le jour avant et le matin de l'examen. <input checked="" type="checkbox"/> Médicament ou produit contenant de la caféine : le jour avant et le matin de l'examen		
À la discrétion du médecin prescripteur : (cocher ci-dessous pour suspendre la médication si jugée pertinente) <input type="checkbox"/> Béta-bloqueurs per os : le jour avant et le matin de l'examen. Spécifier si durée différente : _____ • Dans tous les cas, poursuivre sotalol (ne pas cesser) <input type="checkbox"/> Bloquants des canaux calciques per os : le jour avant et le matin de l'examen. Spécifier si durée différente : _____ <input type="checkbox"/> Autre(s) médicament(s) : _____ Durée : _____		
Le terme « examen » réfère à la portion de stimulation pharmacologique ou à l'effort du test. Voir les renseignements au verso pour le médecin prescripteur. L'ordonnance ne s'applique pas aux perfusions intraveineuses.		
Pour le pharmacien : Si la case n'est pas cochée, considérer que le médecin veut poursuivre la médication.		
Section réservée au secrétariat de médecine nucléaire ou au personnel infirmier Date de l'examen (stimulation pharmacologique ou à l'effort) (aaaa/mm/jj) : _____ Copie conforme à envoyer à : _____ Si usage en externe, Pharmacie tél. : _____ Télécopieur : _____		
Transmission confidentielle par télécopieur (Règlement CMQ, norme 2008.01 OPQ) Signature médicale (ou autorisée) : _____ N° de permis _____ DATE (aaaa/mm/jj) : _____ / _____ / _____ HEURE (hh:mm) : _____		
Acceptation au comité des dossiers : _____		

Dossier de l'usa

Nom :

Prénom :

Dossier :

Avis de confidentialité : Ce document contient des informations confidentielles. Son contenu doit être protégé. Si vous l'avez reçu par erreur, veuillez en informer l'expéditeur immédiatement.

Certification du prescripteur : Je certifie que ce document est une ordonnance originale, le pharmacien identifié est le seul destinataire, l'original N'EST PAS UTILISÉ, il est conservé au dossier-usager du CHU de Québec – Université Laval.

MÉDECINE NUCLÉAIRE, PRÉPARATION POUR UNE TOMOSCINTIGRAPHIE MYOCARDIQUE (MIBI) (suite)

RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'OMISSION DE MÉDICAMENTS EN VUE DE L'EXAMEN

- Les nitrates per os, le nicorandil (Ikorel^{MD}) et les inhibiteurs de la 5-phosphodiestérase seront omis **automatiquement**.
- Pour tous types d'examens au MIBI, l'omission des bêta-bloqueurs (seuls ou en combinaison) et bloquants des canaux calciques (seuls ou en combinaison) est suggérée la veille et le matin de l'examen, **si cela est sécuritaire au niveau médical**.
- Si stimulation à la dobutamine : Les bêta-bloqueurs (seuls ou en combinaison) et bloquants des canaux calciques non-dihydropyridines (seuls ou en combinaison) doivent être omis la veille et le matin de l'examen **si cela est sécuritaire au niveau médical** (vérifier la stabilité de l'usager).
- Si stimulation au dipyridamole (Persantin^{MD}) : l'AAS-dipyridamole (Aggrenox^{MD}) doit être omis l'avant-veille, la veille et le matin de l'examen **si cela est sécuritaire au niveau médical** (le prescrire dans « autre médicament »), sinon l'examen ne sera pas effectué (Comme alternative, prescrire une stimulation à la DOBUTamine)
- L'ordonnance ne s'applique pas aux perfusions intraveineuses. Le médecin prescripteur doit faire une prescription au dossier s'il désire sevrer une perfusion intraveineuse

Signature médicale (ou autorisée) : _____ N° de permis _____

DATE (aaaa/mm/jj) : _____ / _____ / _____ HEURE (hh:mm) : _____ : _____

Acceptation au comité des dossiers :

Dossier de l'usager

D.I.C. : 3-4-4

Page 2 de 3

PRÉPARATION POUR UNE TOMOSCINTIGRAPHIE MYOCARDIQUE (MIBI) – MÉDECINE NUCLÉAIRE

OMISSION DE MÉDICAMENTS LORS D'UNE TOMOSCINTIGRAPHIE-MYOCARDIQUE

DOCUMENT DE RÉFÉRENCE À L'USAGE DU PHARMACIEN, SVP NE RIEN INSCRIRE SUR CE DOCUMENT

Liste de médicaments à omettre selon le délai prescrit à la page 1, s'il y a lieu. Cette liste est non exhaustive et doit être ajustée si besoin.
Si combinaison contenant un médicament qui doit être omis, omettre la combinaison au complet pour la durée prescrite (ex. : amlodipine + atorvastatine)

Bêta-Bloquants (Omettre seulement si prescrit par le médecin à la page 1)

PO :

- Acébutolol
- Atenolol
- Bisoprolol
- Carvédilol
- Labétalol
- Metoprolol
- Nadolol
- Nébivolol
- Pindolol
- Propranolol
- Timolol

Bloquants calciques dihydropyridines (Omettre seulement si prescrit par le médecin à la page 1)

PO :

- AmLODIPine
- Felodipine
- NIFÉdipine
(courte action
action prolongée)

Bloquants calciques non-dihydropyridines (Omettre seulement si prescrit par le médecin à la page 1)

PO :

- Diltiazem
(courte action)
(action prolongée)
- Verapamil
(courte action)
(action prolongée)

Nitrites (Omettre d'emblée selon prescription à la page 1)

PO :

- Isosorbide dinitrate
- Isosorbide mononitrate
- Nitroglycérine sublinguale
(comprimé/pompe)

Topique :

- Nitroglycérine (onguent)
- Nitroglycérine (timbre)

Transdermique :

Inhibiteur de la 5-phosphodiestérase (Omettre d'emblée selon prescription à la page 1)

PO :

- Sildénafil
- Tadalafil
- Vardénafil

Dérivés de la théophylline (Omettre d'emblée selon prescription à la page 1)

PO :

- Théophylline (comprimé/sirop)

Médicaments ou produits contenant de la caféine (Omettre d'emblée selon prescription à la page 1)

Omettre tous les médicaments ou produits contenant de la caféine la veille et le matin de l'examen.

Ikorel^{md} (Nicorandil) (Omettre d'emblée selon prescription à la page 1)

PO :

- Théophylline (comprimé/sirop)

Aggrenox^{md} (AAS-dipyridamole) (Omettre seulement si prescrit par le médecin à la page 1)

Si MIBI au PersantinMD, l'examen ne pourra pas être effectué si ce médicament n'a pas été suspendu l'avant-veille, la veille et le matin de l'examen.
Omettre si prescrit. Si cela n'a pas été fait et qu'un MIBI au PersantinMD a été prescrit, communiquer avec le MD traitant.

Signature médicale (ou autorisée) : _____ N° de permis _____

DATE (aaaa/mm/jj) : _____ / _____ / _____ HEURE (hh:mm) : _____ : _____

Acceptation au comité des dossiers :

Dossier de l'usager