

PRÉPARATION POUR UNE TOMOSCINTIGRAPHIE MYOCARDIQUE (MIBI) – MÉDECINE NUCLÉAIRE

POIDS : _____ kg TAILLE : _____ cm SURFACE CORPORELLE : _____ m²
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

☐ Hospitalisée ☐ Urgence ☐ Externe

MOBILITÉ

☐ Ambulant ☐ Fauteuil roulant

PRÉCAUTIONS ADDITIONNELLES:

☐ Non ☐ Contact ☐ Gouttelettes/contact
☐ Contact renforcées ☐ Aériennes ☐ Autre :

NIVEAU DE PRIORITÉ MSSS (OBLIGATOIRE) : ☐ A (0-3 jours) ☐ B (4-10 jours) ☐ C (11-28 jours) ☐ D (moins de 3 mois)

☐ Contrôle (aaaa/mm/jj) : _____/_____/_____

INDICATION(S) CLINIQUE(S) : _____

PRÉCISER LE TEST DÉSIRÉ

☐ AU DIPYRIDAMOLE (MIBI PERSANTIN MD)

☐ À L'EFFORT (MIBI À L'EFFORT)

Site désiré : ☐ HDQ ☐ SFA ☐ CHUL ☐ HEJ ☐ HSS

☐ À LA DOBUTAMINE (MIBI-DOBUTAMINE)

☐ AU REPOS SEUL OU PER DOULEUR (MIBI-REPOS)

N.B. Si bloc de branche gauche ou rythme de pacemaker, préférer le test au dipyridamole.

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).

- ☒ Nitrates per os et le nicorandil (IkorelMD) : le jour avant et le matin de l'examen
- ☒ Timbres de nitrates ou nitrates topiques : omettre à partir de 20 h la veille de l'examen
- ☒ Inhibiteurs de la 5-phosphodiesterase per os : 2 jours avant, le jour avant et le matin de l'examen.
- ☒ Dérivés de la théophylline : 2 jours avant, le jour avant et le matin de l'examen.
- ☒ 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 pertinent)

- ☐ **Bêta-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)
- ☐ **Bloquants des canaux calciques per os** : le jour avant et le matin de l'examen.
Spécifier si durée différente : _____
- ☐ 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 usager 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 :

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-phosphodiesterase seront omis **automatiquement**.
- Pour tous types d'examen 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 :

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) |
|------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|

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

PO :

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

Topique :

- | | |
|----------------------------|----------------------------------------------|
| ▪ Nitroglycérine (onguent) | Transdermique :
▪ Nitroglycérine (timbre) |
|----------------------------|----------------------------------------------|

Inhibiteur de la 5-phosphodiesterase (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 :