

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

SI CETTE DEMANDE D'EXAMEN VOUS A ÉTÉ ACHEMINÉE PAR ERREUR, MERCI DE LA RETOURNER À L'ACCUEIL DE LA MÉDECINE NUCLÉAIRE DE VOTRE INSTALLATION/HÔPITAL.

<p>EXAMEN DEMANDÉ</p> <p><input type="checkbox"/> FDG</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Oncologique <input type="checkbox"/> Planification de radiothérapie <input type="checkbox"/> Viabilité cardiaque <input type="checkbox"/> Infection/inflammation <input type="checkbox"/> Cérébral <p><input type="checkbox"/> ⁶⁸Ga-octréotate</p> <p><input type="checkbox"/> PSMA</p> <p><input type="checkbox"/> Autre : _____</p> <p>Recherche : Compléter le formulaire CQ6944</p>	<p>INFORMATIONS SUR L'USAGER</p> <p>Mobilité : <input type="checkbox"/> Ambulant <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant</p> <p><input type="checkbox"/> Externe (faxer la demande au 418-682-7772)</p> <p><input type="checkbox"/> Hospitalisé (faxer la demande au 418-691-2964)</p> <p>Établissement : _____</p> <p>Chambre : _____ Téléphone de l'établissement : _____</p> <p>Poids : _____ kg Taille : _____ cm</p> <p>Diabétique : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, spécifier : <input type="checkbox"/> Insuline <input type="checkbox"/> Hypoglycémiants oraux</p> <p>Allergie (s) : _____</p> <p>PRÉCAUTIONS ADDITIONNELLES : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Contact <input type="checkbox"/> Gouttelettes/contact <input type="checkbox"/> Contact renforcées <input type="checkbox"/> Aériennes <input type="checkbox"/> Autres : _____</p>																				
<p>NIVEAU DE PRIORITÉ MSSS :</p> <p><input type="checkbox"/> A (0-3 jours)</p> <p><input type="checkbox"/> B (4-10 jours)</p> <p><input type="checkbox"/> C (11-28 jours)</p> <p><input type="checkbox"/> D (moins de 3 mois)</p> <p><input type="checkbox"/> Contrôle (aaaa/mm/jj) : _____</p>	<p>DERNIERS TRAITEMENTS</p> <p>À moins d'une situation clinique particulière, une TEP ne devrait pas être effectuée dans les trois semaines suivant un traitement de chimiothérapie ou de radiothérapie.</p> <p><input type="checkbox"/> Chimiothérapie : _____ <input type="checkbox"/> Chirurgie : _____ <small>(aaaa/mm/jj)</small></p> <p><input type="checkbox"/> Radiothérapie : _____ <input type="checkbox"/> Antibiotiques : _____ <small>(aaaa/mm/jj)</small></p>																				
<p>INDICATION (S) CLINIQUE(S) : _____ _____ _____</p>																					
<p>SECTION ONCOLOGIQUE : Cocher le site de la néoplasie prouvée/suspectée.</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> Cœur</td> <td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> Lymphome</td> <td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> Poumons</td> <td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> Thyroïde</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Colorectal</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"/> Poumons	<input type="checkbox"/> Thyroïde	<input type="checkbox"/> Colorectal	<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"/> Poumons	<input type="checkbox"/> Thyroïde																		
<input type="checkbox"/> Colorectal	<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 : _____																		
<p>SECTION INFECTION/INFLAMMATION</p> <p><input type="checkbox"/> Cardiaque</p> <p><input type="checkbox"/> Vasculaire</p> <p><input type="checkbox"/> Autre : _____</p> <p>À noter qu'un traitement antibiotique ou anti-inflammatoire débuté avant la TEP réduit la sensibilité de l'examen.</p>	<p>SECTION PSMA</p> <p><input type="checkbox"/> Récidive biochimique ($0.5 < \text{APS} < 2.0$, ou < 2 si bilan standard négatif)</p> <p><input type="checkbox"/> Haut risque chirurgical</p> <p><input type="checkbox"/> Bilan prétraitemet de RLT</p>																				
<p>MÉDECIN DEMANDEUR : Nom : _____ Prénom : _____ N° de permis : _____</p> <p>Signature du médecin : _____ Date (aaaa/mm/jj) : _____ Heure (hh:mm) : _____</p> <p>C.C. : _____</p>																					