

## 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.

<b>EXAMEN DEMANDÉ</b>  <input type="checkbox"/> <b>FDG</b>  <input type="checkbox"/> Oncologique <input type="checkbox"/> Planification de radiothérapie <input type="checkbox"/> Viabilité cardiaque <input type="checkbox"/> Infection/inflammation <input type="checkbox"/> Cérébral  <input type="checkbox"/> <sup>68</sup> Ga-octréotate  <input type="checkbox"/> <b>PSMA</b>  <input type="checkbox"/> <b>Autre :</b> _____  <b>Recherche :</b> Compléter le formulaire CQ6944	<b>INFORMATIONS SUR L'USAGER</b>  <b>Mobilité :</b> <input type="checkbox"/> Ambulant <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant  <input type="checkbox"/> Externe (faxer la demande au 418-682-7772)  <input type="checkbox"/> Hospitalisé (faxer la demande au 418-691-2964)  Établissement : _____ Chambre : _____ Téléphone de l'établissement : _____  <b>Poids :</b> _____ kg <b>Taille :</b> _____ cm  <b>Diabétique :</b> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, spécifier : <input type="checkbox"/> Insuline <input type="checkbox"/> Hypoglycémiants oraux  <b>Allergie (s) :</b> _____  <b>PRÉCAUTIONS ADDITIONNELLES :</b> <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 : _____																				
<b>NIVEAU DE PRIORITÉ MSSS :</b> <input type="checkbox"/> <b>A (0-3 jours)</b> <input type="checkbox"/> <b>B (4-10 jours)</b> <input type="checkbox"/> <b>C (11-28 jours)</b> <input type="checkbox"/> <b>D (moins de 3 mois)</b> <input type="checkbox"/> <b>Contrôle (aaaa/mm/jj) :</b> _____	<b>DERNIERS TRAITEMENTS</b> 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.  <input type="checkbox"/> Chimiothérapie : _____ (aaaa/mm/jj) <input type="checkbox"/> Chirurgie : _____ (aaaa/mm/jj)  <input type="checkbox"/> Radiothérapie : _____ (aaaa/mm/jj) <input type="checkbox"/> Antibiotiques : _____ (aaaa/mm/jj)																				
<b>INDICATION (S) CLINIQUE(S) :</b> _____ _____ _____																					
<b>SECTION ONCOLOGIQUE :</b> Cocher le site de la néoplasie prouvée/suspectée. <table style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Cœur</td> <td><input type="checkbox"/> Lymphome</td> <td><input type="checkbox"/> Poumons</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"/> Poumons	<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"/> Poumons	<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>SECTION INFECTION/INFLAMMATION</b> <input type="checkbox"/> Cardiaque <input type="checkbox"/> Extrémités <input type="checkbox"/> Vasculaire <input type="checkbox"/> Sarcoidose <input type="checkbox"/> Autre : _____ À noter qu'un traitement antibiotique ou anti-inflammatoire débuté avant la TEP réduit la sensibilité de l'examen.	<b>SECTION PSMA</b> <input type="checkbox"/> Récidive biochimique (0.5 < APS < 2.0, ou < 2 si bilan standard négatif) <input type="checkbox"/> Haut risque chirurgical <input type="checkbox"/> Bilan prétraitement de RLT																				
<b>MÉDECIN DEMANDEUR :</b> Nom : _____ Prénom : _____ N° de permis : _____ Signature du médecin : _____ Date (aaaa/mm/jj) : _____ Heure (hh:mm) : _____ C.C. : _____																					