

DEMANDE D'EXAMEN MÉDECINE NUCLÉAIRE

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.

PROVENANCE <input type="checkbox"/> Hospitalisée <input type="checkbox"/> Urgence <input type="checkbox"/> Externe MOBILITÉ <input type="checkbox"/> Ambulant <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant	<input type="checkbox"/> L'usager autorise le Centre de Rendez-vous à envoyer des communications automatisées via ses coordonnées personnelles. <input type="checkbox"/> Cellulaire: _____ <input type="checkbox"/> Courriel: _____
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 : _____	

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) :

SYSTÈME CARDIO-VASCULAIRE (Pour la scintigraphie myocardique, se référer au formulaire : CQ1952 - Préparation pour une tomoscintigraphie myocardique-MIBI) <input type="checkbox"/> Ventriculographie isotopique <input type="checkbox"/> Recherche amyloïdose cardiaque SYSTÈME OSSEUX <input type="checkbox"/> Scintigraphie osseuse <input type="checkbox"/> Arthroscintigraphie <input type="checkbox"/> Ostéodensitométrie INFECTION <input type="checkbox"/> Scintigraphie au Gallium (Si recherche d'infection musculo-squelettique, cocher aussi scintigraphie osseuse) <input type="checkbox"/> Scintigraphie aux globules blancs SYSTÈME PULMONAIRE <input type="checkbox"/> Scintigraphie pulmonaire (recherche d'embolie) <input type="checkbox"/> Scintigraphie pulmonaire quantitative (perfusion seulement) SYSTÈME URINAIRE <input type="checkbox"/> Scintigraphie rénale <input type="checkbox"/> Scintigraphie rénale au Lasix <input type="checkbox"/> Scintigraphie rénale avec Captopril Autorisation du médecin pour cesser IECA ou IA II (5 jours) : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Scintigraphie corticale rénale (DMSA/Gluco) <input type="checkbox"/> Greffe rénale <input type="checkbox"/> Lasix <input type="checkbox"/> Captopril <input type="checkbox"/> Taux filtration glomérulaire <input type="checkbox"/> Cystographie isotopique	SYSTÈME ENDOCRINIEL <input type="checkbox"/> Scintigraphie et captation thyroïdienne <input type="checkbox"/> Scintigraphie des parathyroïdes <input type="checkbox"/> Scintigraphie des glandes salivaires <input type="checkbox"/> Recherche de tissu thyroïdien (Thyrogène <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui) <input type="checkbox"/> Scintigraphie pancorporelle au MIBG SYSTÈME GASTRO-INTESTINAL <input type="checkbox"/> Scintigraphie hépato-splénique <input type="checkbox"/> Foie aux globules rouges marqués (recherche d'hémangiome) <input type="checkbox"/> Scintigraphie hépato-biliaire <input type="checkbox"/> Recherche d'hémorragie digestive <input type="checkbox"/> Recherche de diverticule de Meckel <input type="checkbox"/> Vidange gastrique (<input type="checkbox"/> Solide ou <input type="checkbox"/> Liquide) <input type="checkbox"/> Transit/Reflux gastro-œsophagien (Aspiration : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> 4 h <input type="checkbox"/> 24 h) SYSTÈME NERVEUX <input type="checkbox"/> Scintigraphie cérébrale (ictale <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui) <input type="checkbox"/> Cisternographie <input type="checkbox"/> Shunt ventriculo-péritonéal <input type="checkbox"/> Scintigraphie des noyaux gris centraux à l'ioflupan (Datscan) RECHERCHE DE GANGLIONS SENTINELLES <input type="checkbox"/> Cutané <input type="checkbox"/> Gynécologique <input type="checkbox"/> Mammaire <input type="checkbox"/> Autre : _____
DIVERS <input type="checkbox"/> Lymphographie (<input type="checkbox"/> Membre supérieur <input type="checkbox"/> Membre inférieur) <input type="checkbox"/> Autres: _____	
TRAITEMENT RADIOACTIF <input type="checkbox"/> Iode 131 Pour tout autre traitement, compléter une demande de consultation (DT9040)	

MÉDECIN DEMANDEUR Nom : _____	Prénom : _____
N° de permis : _____	Signature : _____
Date (aaaa/mm/jj) : _____ / _____ / _____ Heure (hh:mm) : _____ : _____	

(2025-08-19)

**DEMANDE D'EXAMEN AU SERVICE DE
MÉDECINE NUCLÉAIRE**

Médecine nucléaire
D.I.C.: 3-4-4
Page 1 de 1