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 : ☐ Hospitalisée ☐ Urgence ☐ Externe
MOBILITÉ : ☐ Ambulant ☐ Fauteuil roulant ☐ Civière ☐ Lit

☐ **L'usager autorise le Centre de Rendez-vous à envoyer des communications automatisées via ses coordonnées personnelles.**
☐ Cellulaire: _____
☐ Courriel: _____

PRÉCAUTIONS ADDITIONNELLES : ☐ **Non** ☐ **Oui** **Diabétique :** ☐ **Non** ☐ **Oui**
Si oui, préciser : ☐ **Aériennes** ☐ **Gouttelettes/contact** ☐ **Contact** ☐ **Contact renforcées** ☐ **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)
☐ Ventriculographie isotopique
☐ Recherche amyloïdose cardiaque

SYSTÈME OSSEUX
☐ Scintigraphie osseuse
☐ Arthroscintigraphie
Ostéodensitométrie (compléter le CQ12523)

INFECTION
☐ Scintigraphie au Gallium
(Si recherche d'infection musculo-squelettique, cocher aussi scintigraphie osseuse)
☐ Scintigraphie aux globules blancs

SYSTÈME PULMONAIRE
☐ Scintigraphie pulmonaire (recherche d'embolie)
☐ Scintigraphie pulmonaire quantitative (perfusion seulement)

SYSTÈME URINAIRE
☐ Scintigraphie rénale
☐ Scintigraphie rénale au Lasix
☐ Scintigraphie rénale avec Captopril
Autorisation du médecin pour cesser IECA ou IA II (5 jours) :
☐ **Non** ☐ **Oui**
☐ Scintigraphie corticale rénale (DMSA/Gluco)
☐ Greffe rénale ☐ Lasix ☐ Captopril
☐ Taux filtration glomérulaire
☐ Cystographie isotopique

SYSTÈME ENDOCRINIEN
☐ Scintigraphie et captation thyroïdienne
☐ Scintigraphie des parathyroïdes
☐ Scintigraphie des glandes salivaires
☐ Recherche de tissu thyroïdien (Thyrogène ☐ Non ☐ Oui)
☐ Scintigraphie pancorporelle au MIBG

SYSTÈME GASTRO-INTESTINAL
☐ Scintigraphie hépato-splénique
☐ Foie aux globules rouges marqués (recherche d'hémangiome)
☐ Scintigraphie hépato-biliaire
☐ Recherche d'hémorragie digestive
☐ Recherche de diverticule de Meckel
☐ Vidange gastrique (☐ Solide ou ☐ Liquide)
☐ Transit/Reflux gastro-œsophagien (Aspiration : ☐ Non ☐ 4 h ☐ 24 h)

SYSTÈME NERVEUX
☐ Scintigraphie cérébrale (Ictale ☐ Non ☐ Oui)
☐ Cisternographie
☐ Shunt ventriculo-péritonéal
☐ Scintigraphie des noyaux gris centraux à l'ioflupan (Datscan)

RECHERCHE DE GANGLIONS SENTINELLES
☐ Cutané ☐ Gynécologique ☐ Mammaire ☐ Autre : _____

DIVERS
☐ Lymphographie (☐ Membre supérieur ☐ Membre inférieur)
☐ Autres: _____

TRAITEMENT RADIOACTIF
☐ Iode 131
Pour tout autre traitement, compléter une demande de consultation (DT9040)

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

DEMANDE D'EXAMEN AU SERVICE DE MÉDECINE NUCLÉAIRE

Imprimer Réinitialiser