

DEMANDE D'EXAMEN MÉDECINE NUCLÉAIRE

SI CETTE DEMANDE D'EXAMEN VOUS A ÉTÉ ACHÉMINÉE 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'utilisateur 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: <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Contact renforcées </div> <div> <input type="checkbox"/> Contact <input type="checkbox"/> Aériennes </div> <div> <input type="checkbox"/> Gouttelettes/contact <input type="checkbox"/> Autres : _____ </div> </div>	
NIVEAU DE PRIORITÉ MSSS (OBLIGATOIRE) : <input type="checkbox"/> A (0-3 jours) <input type="checkbox"/> B (4-10 jours) <input type="checkbox"/> C (11-28 jours) <input type="checkbox"/> D (moins de 3 mois) <input type="checkbox"/> Contrôle (aaaa/mm/jj) : ____/____/____	
INDICATION(S) CLINIQUE(S) : <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px;"></div>	
<div style="text-align: center; font-weight: bold; font-size: 0.8em;">SYSTÈME CARDIO-VASCULAIRE</div> <p style="font-size: 0.7em;">(Pour la scintigraphie myocardique, se référer au formulaire : CQ1952 - Préparation pour une tomoscintigraphie myocardique-MIBI)</p> <input type="checkbox"/> Ventriculographie isotopique <input type="checkbox"/> Recherche amyloïdose cardiaque <div style="text-align: center; font-weight: bold; font-size: 0.8em;">SYSTÈME OSSEUX</div> <input type="checkbox"/> Scintigraphie osseuse <input type="checkbox"/> Arthroscintigraphie <input type="checkbox"/> Ostéodensitométrie <div style="text-align: center; font-weight: bold; font-size: 0.8em;">INFECTION</div> <input type="checkbox"/> Scintigraphie au Gallium <p style="font-size: 0.7em;">(Si recherche d'infection musculo-squelettique, cocher aussi scintigraphie osseuse)</p> <input type="checkbox"/> Scintigraphie aux globules blancs <div style="text-align: center; font-weight: bold; font-size: 0.8em;">SYSTÈME PULMONAIRE</div> <input type="checkbox"/> Scintigraphie pulmonaire (recherche d'embolie) <input type="checkbox"/> Scintigraphie pulmonaire quantitative (perfusion seulement) <div style="text-align: center; font-weight: bold; font-size: 0.8em;">SYSTÈME URINAIRE</div> <input type="checkbox"/> Scintigraphie rénale <input type="checkbox"/> Scintigraphie rénale au Lasix <input type="checkbox"/> Scintigraphie rénale avec Captopril <p style="font-size: 0.7em;">Autorisation du médecin pour cesser IECA ou IA II (5 jours) :</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui </div> <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	<div style="text-align: center; font-weight: bold; font-size: 0.8em;">SYSTÈME ENDOCRINIEN</div> <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 <div style="text-align: center; font-weight: bold; font-size: 0.8em;">SYSTÈME GASTRO-INTESTINAL</div> <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) <div style="text-align: center; font-weight: bold; font-size: 0.8em;">SYSTÈME NERVEUX</div> <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) <div style="text-align: center; font-weight: bold; font-size: 0.8em;">RECHERCHE DE GANGLIONS SENTINELLES</div> <input type="checkbox"/> Cutané <input type="checkbox"/> Gynécologique <input type="checkbox"/> Mammaire <input type="checkbox"/> Autre : _____ <div style="text-align: center; font-weight: bold; font-size: 0.8em;">DIVERS</div> <input type="checkbox"/> Lymphographie (<input type="checkbox"/> Membre supérieur <input type="checkbox"/> Membre inférieur) <input type="checkbox"/> Autres: _____ <div style="text-align: center; font-weight: bold; font-size: 0.8em;">TRAITEMENT RADIOACTIF</div> <input type="checkbox"/> Iode 131 <p style="font-size: 0.7em;">Pour tout autre traitement, compléter une demande de consultation (DT9040)</p>
MÉDECIN DEMANDEUR Nom : _____ Prénom : _____ N° de permis : _____ Signature : _____ Date (aaaa/mm/jj) : ____/____/____ C. C. : _____ Heure (hh:mm) : ____:____	