

Date de naissance			N° de dossier		
Année	Mois	Jour			
N° d'assurance maladie					
Nom à la naissance			Prénom		
Adresse					
Ville		Code postal		N° de téléphone	
Nom de la mère			Prénom de la mère		
Nom du père			Prénom du père		

INSTALLATION : \_\_\_\_\_

**DEMANDE D'EXAMEN AVEC RENDEZ-VOUS**  
**MÉDECINE NUCLÉAIRE**

DATE | Année | Mois | Jour

ÉCHELLE DE PRIORITÉ CLINIQUE :			
<input type="checkbox"/> B : Inférieure ou égale à 10 jours	<input type="checkbox"/> C : Inférieure ou égale à 28 jours		
<input type="checkbox"/> D : Inférieure ou égale à 3 mois (90 jours)	<input type="checkbox"/> Suivi		
Télécopier la requête au 819 820-6462 (Hôpital Fleurimont) ou au 819 822-6769 (Hôtel-Dieu de Sherbrooke) Le service de médecine nucléaire communiquera avec l'utilisateur pour fixer le rendez-vous			
<b>Système cardiovasculaire</b>	<b>Système urinaire</b>	<b>Système endocrinien</b>	
<input type="checkbox"/> MIBI persantin (dipyridamole)	<input type="checkbox"/> Fonction rénale : base seulement	<input type="checkbox"/> Scintigraphie parathyroïdienne	
<input type="checkbox"/> Ventriculographie isotopique	<input type="checkbox"/> Fonction rénale : base et Captopril	<input type="checkbox"/> Scintigraphie glandes médullosurrénales (MIBG)	
<input type="checkbox"/> Étude de viabilité myocardique au Thallium-201	<input type="checkbox"/> Étude du cortex rénal (DMSA*)	<input type="checkbox"/> Scintigraphie/captation thyroïdienne (inclus TSH et T4)	
<input type="checkbox"/> MIBI à l'effort ( <u>précisez</u> ) :	<input type="checkbox"/> Fonction rénale au Lasix ( <u>précisez</u> ) :	<input type="checkbox"/> Scintigraphie pancorporelle à l'iode <sup>131</sup> (pour néoplasie)	
<input type="checkbox"/> Diagnostic (arrêt β-bloqueurs 48 jours)	<input type="checkbox"/> Examen régulier		
<input type="checkbox"/> Pronostic (aucun arrêt de médicament)	<input type="checkbox"/> F-15 (Lasix 15 min. avant l'examen)		
<input type="checkbox"/> Scintigraphie au pyrophosphate (amyloïdose cardiaque)	<input type="checkbox"/> Taux de filtration glomérulaire (GFR)	<b>Système nerveux</b>	
<b>Système squelettique</b>	<input type="checkbox"/> Cystographie mictionnelle isotopique	<input type="checkbox"/> Cisternographie isotopique	
Scintigraphie osseuse	<b>Système hémo-poïétique</b>	<input type="checkbox"/> Recherche de fuite du liquide céphalo-rachidien (LCR)	
<input type="checkbox"/> Pancorporelle	<input type="checkbox"/> Scintigraphie au Gallium-67	<input type="checkbox"/> Tomoscintigraphie de perfusion cérébrale	
<input type="checkbox"/> 1 site : _____	↳ Site : _____	<input type="checkbox"/> Tomoscintigraphie cérébrale des récepteurs DOPA (DAT_SCAN)	
<b>Système respiratoire</b>	<input type="checkbox"/> URGENCE/Code A		
<input type="checkbox"/> Scintigraphie pulmonaire ventilation et perfusion (Scinti. V/Q)	<input type="checkbox"/> Scintigraphie pour recherche de foyers infectieux ou inflammatoires aux globules blancs marqués		
<input type="checkbox"/> URGENCE/Code A			
<input type="checkbox"/> Scintigraphie pulmonaire de quantification (perfusion seulement)			
<b>Système digestif</b>			
<input type="checkbox"/> Scintigraphie hépatosplénique	<input type="checkbox"/> Recherche site digestif d'hémorragie	<input type="checkbox"/> Métabolisme des sels biliaires (SeHCAT)	
<input type="checkbox"/> Scintigraphie hépatobiliaire	<input type="checkbox"/> URGENCE/Code A	<input type="checkbox"/> Recherche d'hémangiome hépatique	
<input type="checkbox"/> URGENCE/Code A	<input type="checkbox"/> Recherche diverticule de Meckel	<input type="checkbox"/> Étude vidange gastrique liquide	
<input type="checkbox"/> Scintigraphie hépatobiliaire sous CCK*	<input type="checkbox"/> Transit œsophagien	<input type="checkbox"/> Étude vidange gastrique solide	
<input type="checkbox"/> Scintigraphie glandes salivaires	<input type="checkbox"/> Étude reflux gastro-œsophagien		
<input type="checkbox"/> Autre(s) examen(s) :			
<b>Impression diagnostique et renseignements cliniques obligatoires</b>		<b>Divers</b>	
		<input type="checkbox"/> Scintigraphie mammaire	
		<input type="checkbox"/> Lymphoscintigraphie ( <u>précisez</u> ) :	
		<input type="checkbox"/> Lymphœdème	
		<input type="checkbox"/> Recherche de ganglion sentinelle	
<b>Point de service du médecin référent</b>		<b>ESTAMPE</b>	
N° téléphone : _____ N° télécopieur : _____			
Nom du point de service : _____			
Médecin en copie conforme et n° de permis : _____			
Signature du médecin référent	Nom en caractère d'imprimerie	N° de permis	Date

CHUS-FDCU-IM-001

\*CCK : Cholécystokinine, DMSA : Acide dimercaptosuccinique