

DEMANDE D'EXAMEN TEP (TOMOGRAPHIE D'ÉMISSION PAR POSITRONS)

S.V.P. écrire lisiblement. TÉLÉPHONE : 514-338-2222 # 3167 ou # 3831 (méd. nucléaire) FAX : 514-338-3686
INFOS : #3167 Manon Paré pour PT HOSPIT/Cancer thyroïdien/Cérébrale/Autre CH et #3831 Sylvie Brunelle pour PT EXTERNE
EXAMEN DOIT ÊTRE PRESCRIT PAR UN MÉDECIN DU CIUSSS DU NORD DE L'ÎLE DE MONTRÉAL

NOM ET PRÉNOM :			
TÉLÉPHONE DU PATIENT (2 no. S.V.P.):			
DATE DE NAISSANCE OU ASSURANCE MALADIE OU #HSC :			
ADRESSE DU PATIENT :			
No	Rue	appt	Code postal
R.X. FAITS À SACRÉ-CŒUR <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Mentionner endroit du R.X. et/ou TEP : (Ne pas oublier d'apporter les rapports et CD/films si faits ailleurs que Sacré-Cœur)	
TEP ANTÉRIEURE <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Examen sur PACS/DSQ <input type="checkbox"/> ou CD <input type="checkbox"/>	
Spécifier date :			
Indications : <input type="checkbox"/> Caractériser une lésion <input type="checkbox"/> Bilan d'extension <input type="checkbox"/> Réponse au traitement <input type="checkbox"/> Évaluation de récurrence			
DÉLAI DE LA DEMANDE (NOMBRE DE SEMAINES OU MOIS) : _____ Cocher si Urgent : <input type="checkbox"/>			
Renseignements cliniques importants :			
Pt suivi à Sacré-Cœur : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Autres (spécifier) :			
Dossier médical Sacré-Cœur : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Autres (spécifier) :			
Thérapies récentes : <input type="checkbox"/> Chirurgie Date : _____			
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Chimiothérapie Date dernière dose : _____			
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Radiothérapie Date dernière dose : _____ Zone irradiée : _____			
<i>N.B. : Un délai de 3 à 4 semaines après chimiothérapie et 2 à 3 mois pour la radiothérapie sont préférables avant de passer un examen TEP.</i>			
IMPORTANT : Ce patient est-il diabétique? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Type I <input type="checkbox"/> Type II <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Hypoglycémiant oraux <input type="checkbox"/> Insuline <input type="checkbox"/> Insuline mixte (ex 30/70)			
S'assurer que la patiente n'est pas enceinte pour passer son examen. Patient Claustrophobe <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, faire accompagner le patient et lui prescrire un anxiolytique.			
MÉDECIN DEMANDEUR (lettres moulées) Hôpital du Sacré-Cœur		ADRESSE DU MÉDECIN DEMANDEUR	
No de permis :		Fax :	
Signature :		Téléphone :	
		Date de la demande :	