



Hôpital général juif
Jewish General Hospital

Questionnaire PET/CT

PATIENT IDENTIFICATION

Nom: _____

Date de l'examen: _____

Si vous avez d'autres scans effectués à l'extérieur de l'hôpital juif, apportez les rapports et CDs le jour de l'examen. Répondez à toutes les questions. Ne pas écrire « voir le dossier ». Fournissez le plus de détails possibles en bas.

Taille: _____ Poids _____ Allergies? Non Oui, type: _____

Diagnostic de cancer? Non Oui, type: _____

Biopsie antérieurement? Non Oui, partie du corps, date & résultats: _____

Chirurgie antérieurement? Non Oui, types & dates: _____

Chimiothérapie intraveineuse? Non Oui, date du dernier traitement: _____

Thérapie anti-cancer en pilule? Non Oui, date du dernier traitement: _____

Radiothérapie antérieurement? Non Oui, partie du corps & date du dernier traitement: _____

Hormonothérapie? Non Oui, date du dernier traitement: _____

Stimulant de la moelle osseuse? Non Oui, date du dernier traitement: _____

Colonoscopie antérieurement? Non Oui, résultats & date: _____

Avez-vous déjà fumé? Non Oui, _____ paquets par jour pendant _____ ans. Date d'arrêt: _____

Cochez la/les case(s) si les conditions suivantes s'appliquent. Précisez partie du corps, détails et dates.

Enceinte (ou possibilité de l'être) Date des dernières règles: _____

J'allaité présentement Fracture: _____

Diabétique Trauma, blessure: _____

Diarrhée Drains ou plaie ouverte: _____

Constipation Infection ou fièvre: _____

Rhume, grippe ou mal de gorge Prothèse orthopédique: _____

Talcage pour épanchement pleural Pertes de poids, précisez: _____

Maladie de Crohn's ou colite ulcéreuse Douleurs: _____

Sarcoïdose Maladie des poumons: _____

Reflux gastrique (brûlures d'estomac) Maladie des reins ou du foie: _____

Anémie falciforme Maladie de la peau: _____

Maladie de la thyroïde (nodules, hypothyroïdie, hyperthyroïdie, etc.) : _____

Injections récentes (Vit. B12, vaccin, etc.) : _____

Indiquez toute **autre condition médicale**, vos **médicaments** et **fournissez des détails** aux questions ci-dessus.

N'ÉCRIVEZ PAS SOUS CETTE LIGNE. Fasting since: _____ Last insulin or metformin: _____ Sarcoid diet since: _____