



Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
du Centre-Ouest-
de l'Île-de-Montréal
Québec

Hôpital général juif
Jewish General Hospital

Médecine Nucléaire

G-19, Sous-sol du Pavillon G
3755 chemin de la Côte-Ste Catherine
Montréal, QC, H3T 1E2

Fax: 514-340-7919
Tel: 514-340-8222 poste 25942
reqs.nm.ccomtl@ssss.gouv.qc.ca

Nom du patient / Tampon de la carte d'hôpital / Étiquette de la clinique

TEP Fluorocholine HPT

INFORMATION PATIENT

Possibilité de grossesse? ☐ Non ☐ Oui
Claustrophobe? ☐ Non ☐ Oui
Sous traitement colchicine? ☐ Non ☐ Oui

TÉLÉPHONE

CÉLLULAIRE

COURRIEL

ESPACE CODE-BARRES
NE PAS ÉCRIRE ICI

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES (SVP complétez et soyez spécifique, cette section permet d'assigner la priorité.)

☐ Urgent ☐ Semi urgent ☐ Non-urgent

Hormone parathyroïdienne sérique: _____

Valeurs normales: _____

Date : _____

Calcium sérique: _____

Valeurs normales: _____

Date : _____

Calcium urinaire sur 24h: _____

Valeurs normales: _____

Date : _____

25-hydroxyvitamine D sérique: _____

Valeurs normales: _____

Date : _____

Phosphore sérique: _____

Valeurs normales: _____

Date : _____

DFGe: _____

Date: _____

Candidat pour chirurgie de HPT? ☐ Non ☐ Oui, spécifié: _____

Connu ou référé à un chirurgien ORL? ☐ Non ☐ Oui, spécifié: _____

Chirurgie antérieur HPT? ☐ Non ☐ Oui, spécifié: _____

Scint. MIBI ou 4D-TDM ou écho du cou antérieur? ☐ Non ☐ Oui, spécifié: _____

Patient symptomatique? ☐ Non ☐ Oui, spécifié: _____

Ostéoporose ou fracture de fragilité? ☐ Non ☐ Oui, spécifié: _____

Calculs rénaux ou néphrocalcinose? ☐ Non ☐ Oui, spécifié: _____

Patient sous thiazidiques ou lithium? ☐ Non ☐ Oui, spécifié: _____

Syndrome NEM connu? ☐ Non ☐ Oui, spécifié: _____

Antécédent de tumeur maligne? ☐ Non ☐ Oui, spécifié: _____

Veuillez fournir toutes informations cliniques pertinentes non décrites ci-dessus:

INFORMATION SUR LE REQUÉRANT (ATTENTION LES RÉSIDENTS ET FELLOWS: LE NOM DU MÉDECIN REQUÉRANT DOIT APPARAÎTRE CI-DESSOUS)

NOM MÉDECIN REQUÉRANT (IMPRIMERIE)

SIGNATURE

NUMÉRO LICENCE

DATE

TELEPHONE

COURRIEL

CC

**LE PTH SÉRIQUE, LE CALCIUM & CANDIDAT À LA CHIRURGIE SONT REQUIS.
LES PATIENTS DOIVENT SIGNÉS UN CONSENTEMENT POUR ACCÉDER À CET EXAMEN.**