



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

G19, 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

Requête FDG TEP/TDM

INFORMATION DU PATIENT

Provenance? Externe Hospitalisé, lit : _____
Diabétique? Non DM Type 2 DM Type 1
Claustrophobe? Non Oui

TÉLÉPHONE _____ CELLULAIRE _____

COURRIEL _____



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

Urgent Semi urgent Date cible ou plage ciblée: _____
 Oncologie Infection / inflammation Sarcoïde Cerveau Ostéomyélite: _____
 Évaluation initiale Mi cycle thérapie Fin thérapie Rechute suspectée Examen de routine
Biopsie? Non Oui, spécifié & date: _____
Chirurgie? Non Oui, spécifié & date: _____
Radiothérapie? Non Oui, sites & date dernier Tx: _____
Changement récent dans la thérapie? Non Oui, date: _____
· Chimiothérapie? Non Oui, spécifié: _____
· Immunothérapie? Non Oui, spécifié: _____
· Thérapie ciblée? Non Oui, spécifié: _____
· Thérapie hormonale? Non Oui, spécifié: _____
Stimulants hématopoïétiques? Non Oui, date dernier Rx: _____
Trauma récent ou infection? Non Oui, spécifié & site: _____
Antibiotiques ou stéroïdes systémiques? Non Oui, spécifié & date début: _____
Traitement ou chirurgie *planifié*? _____

SVP Veuillez préciser votre question clinique spécifique, incluant comment le TEP FDG va changer votre prise en charge: *Donnez les antécédents médicaux pertinents, les résultats d'imagerie antérieurs tel que la taille du nodule pulmonaire et l'histologie précise si disponible.*

INFORMATION SUR LE REQUÉRANT (ATTENTION AUX RESIDENTS ET FELLOWS: LE NOM DU MÉDECIN REQUÉRANT SUPERVISEUR DOIT APPARAÎTRE CI-DESSOUS.)

NOM MÉDECIN REQUÉRANT (IMPRIMERIE) _____ SIGNATURE _____ NUMÉRO PERMIS _____ DATE _____

TÉLÉPHONE _____ COURRIEL _____ CC _____

Nom du médecin requérant obligatoire. Fournir l'imagerie non-DSQ antérieure pertinente sur support numérique et rapports de pathologie. Une préparation du patient est nécessaire, contactez-nous pour les détails. Aucun produit de contraste intraveineux n'est administré.