



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-St
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 Médecine Nucléaire

INFORMATION DU PATIENT

Provenance? ☐ Externe ☐ Hospitalisé, lit : _____
Enceinte ou allaitement? ☐ Non ☐ Oui
Claustrophobe? ☐ Non ☐ Oui

TÉLÉPHONE

CELLULAIRE

COURRIEL

ESPACE CODE-BARRES
NE PAS ÉCRIRE ICI

Système Cardiovasculaire

- ☐ Ventriculographie isotopique (MUGA)
- ☐ Perfusion myocardique
 - ☐ Au Dipyridamole (Persantin)
 - ☐ À l'effort
 - ☐ Médicaments à cessés : _____
- ☐ Recherche amyloïdose cardiaque (PYP)
- ☐ Étude premier passage (FEVD ou shunt Gauche-Droit)
- ☐ Shunt Droit-Gauche (MAA)

Système Endocrinien

- ☐ Captation et scintigraphie thyroïdienne
- ☐ Scintigraphie thyroïdienne seule
- ☐ Scintigraphie corps entier à l'¹³¹Iode (4mCi)
 - ☐ Sous stimulation au Thyrogen
 - ☐ Avec cessation hormones thyroïdiennes

Système Pulmonaire

- ☐ Scintigraphie pulmonaire (V/Q)
- ☐ Perfusion quantitative (Q seul)

Système Gastrointestinale

- ☐ Vidange gastrique liquide
- ☐ Vidange gastrique solide
- ☐ Scintigraphie des voies hépatobiliaire (HIDA)
 - ☐ Avec CCK
- ☐ Reflux gastro-œsophagien
- ☐ Aspiration bronchique
- ☐ Transit œsophagien
- ☐ Recherche de saignement gastro-intestinal
- ☐ Scintigraphie des glandes salivaires
- ☐ Recherche d'hémangiome hépatique
- ☐ Scintigraphie hépatosplénique
- ☐ Recherche de diverticule de Meckel
- ☐ Scintigraphie aux globules rouges dénaturés

Système Urinaire

- ☐ Scintigraphie rénale
 - ☐ Avec Lasix
 - ☐ Avec Captopril

Oncologie

- ☐ Recherche ganglion sentinelle

Système Musculosquelettique

- ☐ Scintigraphie osseuse
 - ☐ Corps entier
 - ☐ Site: _____
 - ☐ Articulaire, corps entier
- ☐ Recherche Ostéomyélite (os + TEP FDG)
Site: _____

Traitement aux Radioisotopes

- ☐ ¹³¹Iode pour cancer + scintigraphie
Dose: _____ mCi
 - ☐ Sous stimulation au Thyrogen
 - ☐ Avec cessation hormones thyroïdiennes
- ☐ ¹³¹Iode pour hyperthyroïdie
- ☐ Radium-223 (Xofigo)
(Inclure le formulaire d'éligibilité)

Autres

- ☐ Dialyse Péritonéale
- ☐ _____
(Une demande TEP exige une requête différente)

SVP Veuillez préciser votre question clinique spécifique, incluant l'historique médical pertinent du patient:

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

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 peut être nécessaire, contactez-nous pour les détails.