

**DEMANDE D'EXAMEN AU SERVICE DE
MÉDECINE NUCLÉAIRE**

PROVENANCE : Externe Hospitalisé Urgence **MOBILITÉ :** Ambulant Fauteuil roulant Civière Lit
NIVEAU DE PRIORITÉ MSSS : A (0-3 jours) B (4-10 jours) C (11-28 jours) D (moins de 3 mois)
 Contrôle (aaaa/mm/jj) :

PRÉCAUTIONS ADDITIONNELLES: Non Oui :
 Si oui, préciser : Aérienne Gouttelettes/contact Contact Contact renforcé Autre: _____

INDICATION(S) CLINIQUE(S) : _____

SYSTÈME CARDIO-VASCULAIRE
 (Pour la scintigraphie myocardique, se référer au formulaire :
 CQ1952 - Préparation pour une tomoscintigraphie myocardique-MIBI)
 Ventriculographie isotopique
 Recherche amyloïdose cardiaque

SYSTÈME OSSEUX

Scintigraphie osseuse
 Arthroscintigraphie
 Ostéodensitométrie

INFECTION

Scintigraphie au Gallium
 (Si recherche d'infection musculo-squelettique, cocher aussi
 scintigraphie osseuse)
 Scintigraphie aux globules blancs

SYSTÈME PULMONAIRE

Scintigraphie pulmonaire (recherche d'embolie)
 Scintigraphie pulmonaire quantitative (perfusion seulement)

SYSTÈME URINAIRE

Scintigraphie rénale
 Scintigraphie rénale au Lasix
 Scintigraphie rénale avec Captopril
Autorisation du médecin pour cesser IECA ou IA II (5 jours) :
 Non Oui
 Scintigraphie corticale rénale (DMSA/Gluco)
 Greffe rénale Lasix Captopril
 Taux filtration glomérulaire
 Cystographie isotopique

SYSTÈME ENDOCRINIEN

Scintigraphie et captation thyroïdienne
 Scintigraphie des parathyroïdes
 Scintigraphie des glandes salivaires
 Recherche de tissu thyroïdien (Thyrogène Non Oui)
 Scintigraphie pancorporelle au MIBG

SYSTÈME GASTRO-INTESTINAL

Scintigraphie hépato-splénique
 Foie aux globules rouges marqués (recherche d'hémangiome)
 Scintigraphie hépato-biliaire
 Recherche d'hémorragie digestive
 Recherche de diverticule de Meckel
 Vidange gastrique (Solide ou Liquide)
 Transit/Reflux gastro-œsophagien (Aspiration : Non 4 h 24 h)

SYSTÈME NERVEUX

Scintigraphie cérébrale (Ictale Non Oui)
 Cisternographie
 Shunt ventriculo-péritonéal
 Scintigraphie des noyaux gris centraux à l'ioflupan (Datscan)

RECHERCHE DE GANGLIONS SENTINELLES

Cutané Gynécologique Mammaire Autre : _____

DIVERS

Lymphographie (Membre supérieur Membre inférieur)
 Autres: _____

TRAITEMENT RADIOACTIF

Iode 131
 Pour tout autre traitement, compléter une demande de consultation (DT9040)

Médecin demandeur : _____ **Date (aaaa/mm/jj) :** _____
 (nom, prénom, numéro de permis d'exercice) **Heure (hh:mm) :** _____:_____
Signature du médecin : _____ **Copie Conforme :** _____

()