

EXTERNE

HOSPITALISÉ

Renseignements cliniques :

Poids : _____ Lbs Kg Taille : _____ Pi Cm

«Note ♦ : Voir préparation au verso»

SYSTÈME CARDIAQUE	SYSTÈME DIGESTIF	SYSTÈME NERVEUX
1 <input type="checkbox"/> Myocardique au MIBI <u>avec EFFORT sur tapis roulant</u> ♦ 2 <input type="checkbox"/> Myocardique au MIBI PERSANTIN ♦ 3 <input type="checkbox"/> Myocardique au MIBI DOBUTAMINE ♦ 4 <input type="checkbox"/> Ventriculographie isotopique 5 <input type="checkbox"/> Fraction d'éjection du ventricule droit 6 <input type="checkbox"/> Shunt droit – gauche 7 <input type="checkbox"/> Shunt gauche – droit 8 <input type="checkbox"/> Myocardique au Pyrophosphate (recherche d'amyloidose cardiaque)	30 <input type="checkbox"/> Glandes salivaires ♦ 31 <input type="checkbox"/> Transit oesophagien /reflux ♦ 32 <input type="checkbox"/> Vidange gastrique ♦ <input type="checkbox"/> Solide <input type="checkbox"/> Liquide 33 <input type="checkbox"/> Hépto-splénique 34 <input type="checkbox"/> Recherche d'hémangiome hépatique aux globules rouges 35 <input type="checkbox"/> Recherche d'hépatome au Gallium 36 <input type="checkbox"/> Hépto-biliaire (HIDA) ♦ 37 <input type="checkbox"/> Diverticule de Meckel ♦ 38 <input type="checkbox"/> Recherche d'hémorragie digestive ♦	70 <input type="checkbox"/> Étude de perfusion cérébrale 71 <input type="checkbox"/> Cisternographie ♦ 72 <input type="checkbox"/> DaTscan <p style="text-align: center;">*Par souci de l'environnement* Lors de votre examen, veuillez apporter un sac pour vos effets personnels.</p> <p style="text-align: center;">Coller l'étiquette ici</p>
SYSTÈME CIRCULATOIRE ET HÉMATOPOÏÉTIQUE	SYSTÈME URINAIRE	SYSTÈME RESPIRATOIRE
10 <input type="checkbox"/> Veinographie isotopique 11 <input type="checkbox"/> Lymphographie isotopique	50 <input type="checkbox"/> Rénogramme MAG3 51 <input type="checkbox"/> Rénogramme MAG3 –Captopril ♦ 52 <input type="checkbox"/> Rénogramme MAG3 –Lasix ♦ 53 <input type="checkbox"/> Rénale au DMSA 54 <input type="checkbox"/> Cystographie mictionnelle (Recherche de RVU)	80 <input type="checkbox"/> Ventilation-Perfusion pulmonaire 81 <input type="checkbox"/> Quantification pulmonaire
SYSTÈME SQUELETTIQUE	SYSTÈME ENDOCRINIEN ET REPRODUCTEUR	INFECTION ET DIVERS
20 <input type="checkbox"/> Osseuse pancorporelle 21 <input type="checkbox"/> Osseuse triple phase 22 <input type="checkbox"/> Osseuse triple phase et Gallium 23 <input type="checkbox"/> Osseuse triple phase et Globules blancs-Indium 24 <input type="checkbox"/> Ostéodensitométrie ♦ ENCEINTE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Nombre de semaines _____ ALLAITEMENT <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON ALLERGIE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	60 <input type="checkbox"/> Bilan thyroïdien complet ♦ (Scintigraphie + Captation) 61 <input type="checkbox"/> Pancorporelle à l'iode-131 ♦ 62 <input type="checkbox"/> Parathyroïdes 63 <input type="checkbox"/> Recherche de varicocèle 64 <input type="checkbox"/> Scintigraphie testiculaire 65 <input type="checkbox"/> Traitement Iode moins de 30 mCi ♦ 66 <input type="checkbox"/> Traitement ablatif plus de 30 mCi (CHUM /Saint-Luc) ♦ 67 <input type="checkbox"/> Recherche de tumeurs neuro- endocrines (Octréoscan)	90 <input type="checkbox"/> Pancorporelle au Gallium ♦ 91 <input type="checkbox"/> Gallium rénal 92 <input type="checkbox"/> Gallium pulmonaire 93 <input type="checkbox"/> Pancorporelle aux globules blancs- Indium 94 <input type="checkbox"/> Scintimammographie au MIBI 95 <input type="checkbox"/> Localisation de ganglion sentinelle Jour de l'opération : _____ Mise en image : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Autre _____

Date : _____

An Mois Jour

Nom du médecin en caractères d'imprimerie

Signature du médecin

No de permis

PRÉPARATION DE DIVERS EXAMENS : MÉDECINE NUCLÉAIRE DE SAINT-JÉRÔME

Rendez-vous : (450) 431-8317 et télécopieur : (450) 431-8331

❖ AUCUNE PRÉPARATION

▶ SCINTIGRAPHIE OSSEUSE	▶ SCINTIGRAPHIE VENTILATION/PERFUSION PULMONAIRE
▶ SCINTIGRAPHIE HEPATIQUE ET SPLENIQUE	▶ LYMPHOSCINTIGRAPHIE
▶ VENTRICULOGRAPHIE ISOTOPIQUE	▶ GANGLION SENTINELLE
▶ SCINTIGRAPHIE CEREBRALE	▶ SCINTI. TESTICULAIRE ET VARICOCELE
▶ SCINTIGRAPHIE AU DMSA	▶ VEINOGRAMME ISOTOPIQUE
▶ CYSTOGRAPHIE MICTIONNELLE	▶ SCINTIMAMMOGRAPHIE
▶ SCINTIGRAPHIE AU PYROPHOSPHATE	▶ VARICOCELE

**** N.B : Certaines préparations peuvent être soumises à des changements, le personnel de la médecine nucléaire vous en informera le cas échéant. ****

1	<p><u>Mibi Effort sur tapis roulant + Repos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ ATTENTION : même préparation que le Mibi Persantin ou Dobutamine + Repos (voir examen2+3) ▪ Cesser bêta-bloqueur le jour de l'examen ▪ Apporter des souliers confortables pour le tapis roulant (Effort), un sac pour vos effets personnels. 	51	<p><u>Scintigraphie rénale sous Captopril</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ À jeun depuis minuit; ▪ Cesser les inhibiteurs d'enzyme de conversion 5 jours avant l'examen ; ▪ Boire 1 litre d'eau dans l'heure précédant l'examen ; ▪ Possibilité d'un deuxième examen, un autre jour. <p>**** N.B. : Aucun médicament ne doit être cessé sans l'approbation de votre médecin ****</p>
2	<p><u>Mibi Persantin ou Dobutamine + Repos</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ À jeun 4 heures avant l'examen, Prévoir environ 6h. ▪ Cesser toute consommation de thé, café, chocolat, bière, boisson gazeuse, produits naturels et boisson énergétique 48h avant l'examen ▪ Vous devez prendre vos médicaments avec un peu d'eau sauf ceux à base de <i>théophylline</i> qui doivent être cessés 48 h avant l'examen ; ▪ Cesser le <i>Viagra, Levitra</i> et <i>Cialis</i> 48 h avant l'examen ; ▪ Cesser l'<i>UNIPHYL</i> 2 jours avant l'examen ; <p>3</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Boisson permise : Café de céréales (Postum,Caf Lib), eau, lait, jus ; ▪ Apporter la liste de vos médicaments et un sac pour vos effets personnels. <p>*Contre-indication : AVC depuis moins de 1 mois ou en phase instable Dobutamine seul. : Cesser les beta-bloqueurs 48 h avant l'examen **** N.B. : Aucun médicament ne doit être cessé sans l'approbation de votre médecin ****</p>	52	<p><u>Scintigraphie rénale au Lasix</u></p> <p>Boire un litre d'eau dans l'heure précédant l'examen (vous pouvez uriner).</p>
3		60	<p><u>Scintigraphie thyroïdienne ***Examen sur 2 jours***</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cesser le <i>Synthroid</i> 3 semaines avant l'examen; ▪ Cesser le <i>Cytomel</i> 2 semaines avant l'examen; ▪ Cesser le <i>TAPAZOL</i>, le <i>PTU</i> et les <i>multivitamines</i> 10 jours avant l'examen; ▪ Ne pas subir d'examen en radiologie nécessitant une injection d'iode 1 mois avant l'examen; ▪ Apporter la liste de vos médicaments. <p>**** N.B. : Aucun médicament ne doit être cessé sans l'approbation de votre médecin ****</p>
24		<p><u>Ostéodensitométrie</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ne pas prendre de supplément calcique la journée de l'examen ; ▪ Aucun examen avec du baryum (radiologie) ou en méd. nucléaire 	61
30	<p><u>Scintigraphie des glandes salivaires, vidange gastrique et transit oesopaghien</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ À jeun 4 h avant l'examen 	66	
31		65	<p><u>Traitement ablatif MOINS de 30 mCi :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nécessite une scintigraphie thyroïdienne au préalable. (moins de 2 mois) ▪ Ne pas subir d'examen en radiologie nécessitant une injection d'iode 1 mois avant l'examen. <p>***Il est interdit de voyager durant la semaine suivant le traitement. ***</p>
32	<p><u>Scintigraphie Hépato-biliaire (HIDA)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ À jeun depuis au moins 4 h avant l'examen. <p>***N.B. : Aviser la technologue si à jeun plus de 18 h***</p>	71	<p><u>Scintiscisternographie</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ La personne responsable communiquera avec vous.
36		90	<p><u>Pancorporelle au Ga-67 ***Examen sur 2 jours***</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ L'injection doit être faite minimum 5 jours après un traitement de chimiothérapie
37	<p><u>Recherche de diverticule de Meckel</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ À jeun 4 h avant l'examen ; ▪ Aucun lavement ou repas baryté 10 jours avant l'examen. 	<p>***Si vous prévoyez voyager dans les jours suivants votre examen, veuillez demander au technologue un document certifiant que vous avez subi un examen en médecine nucléaire.</p>	
38	<p><u>Recherche d'hémorragie digestive</u></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ aucun lavement ou repas baryté 10 jours avant l'examen 		