

BON DEMANDE D'EXAMEN

Nom / Prénom du patient (ou étiquette)

Date de naissance : _____

Sexe : M F

Adresse : _____

N° de téléphone : _____

Coordonnées médecin demandeur :	<hr/>
Adresse :	<hr/> <hr/>
N° de téléphone :	<hr/>
email sécurisé :	<hr/>

Informations cliniques - à renseigner obligatoirement : Poids : _____ Taille : _____

Diabète insulinorequérant: OUI NON (seulement si PET/CT FDG)

Allergies : OUI NON (lesquelles :)

Francophone : OUI NON (*si non merci de préciser la langue :*)

Claustrophobe : OUI NON

Si OUI, Besoin d'un accompagnement en hypnose? OUI NON

Mesures additionnelles de contact OUI NON
(isolement)

Examen demandé :

Si PET/CT injecté, taux de créatinine : _____ ; allergies aux produits de contrastes vérifiées : OUI

Dates souhaitées : entre le _____ et le _____ A confirmer au demandeur : OUI NON

Résultats à transmettre en urgence au numéro : _____

Patient hospitalisé ou sera hospitalisé à la période souhaitée de l'examen : **QUI** **NON**

CODE CIM-10 (obligatoire) : _____ . _____ (ex. M84.89)

Indications cliniques et question posée au médecin nucléaire :

Merci de nous faire parvenir les images précédentes via PACS CHUV ou donner un CD Rom au patient pour le jour de l'examen.

Convocation à envoyer : à un tiers Noms et adresse :
au patient

Copie(s) du rapport à :

(Si méd. externe du CHUV
veuillez indiquer les
coordonnées et la localité).

Pour toutes demandes urgentes, merci de contacter directement le médecin de garde de Médecine nucléaire au 021/314 02 06 (entre 8h-18h, jours ouvrables).

Date de la demande :

Signature du demandeur :

Document à retourner par email à nuc.desk@chuv.ch ou par fax : +4121 314 43 43