

BON D'EXAMEN PET/CT CARDIAQUE POUR PATIENTS HOSPITALISES

1. ☐ **Perfusion Rubidium 82 avec stress pharmacologique à l'adénosine**
2. ☐ **¹⁸F-FDG PET/CT CŒUR THORAX : préparation sarcoïdose (troubles du rythme, myocardite, sarcoïdose cardiaque, etc.)***
3. ☐ **¹⁸F-FDG PET/CT TRONC : recherche infection cardiaque (préparation sarcoïdose)***
4. ☐ **¹⁸F-FDG PET/CT TRONC : vasculite.....**

Poids (requis) :..... (Kg) Taille : (cm)

☐ **Autre protocole de recherche, précisez le n° d'étude si connu:**

☐ **RDV planifié par téléphone* le.....**

☐ **Merci de convoquer directement le patient entre le.....et le.....**

* sous réserve de validation du bon par le médecin nucléaire

PATIENT (ou étiquette CHUV)

Nom / Prénom :

Date de naissance :Sexe :

☐ M ☐ F

Adresse :

Tél./Natel :

Pour les patients externes, merci de joindre une lettre de sortie, les anciens rapports et envoyer les images sur le PACS du CHUV ou joindre le CD-Rom.

QUESTION(S) POSEE(S) AU MEDECIN NUCLEAIRE

.....
.....
.....
.....

INDICATION ET DONNEES CLINIQUES

☐ troubles rythmiques (recherche inflammation cardiaque ou sarcoïdose)

☐ Indication clinique :

MEDECIN DEMANDEUR (ou timbre) et signature

Nom / Prénom :

Adresse :

Tél./Fax :

INFORMATIONS UTILES

Allaitement : ☐ Oui ☐ Non

Francophone : ☐ Oui ☐ Non, précisez la langue :

Mode : ☐ Hosp ☐ Ambul.

Claustrophobe : ☐ Oui ☐ Non

Isolement infect. : ☐ Non ☐ Oui, précisez:.....

Allergies connues : ☐ Non ☐ Oui, précisez:.....

Diabétique : ☐ Non ☐ Oui, précisez:.....

Corticothérapie : ☐ Non ☐ Oui, précisez:.....(4)

Si examen perfusion 82 Rb, veuillez indiquer si contre-indications à l'adénosine :

BPCO: ☐ Non ☐ Oui, précisez:.....(1)

BVA II° /III°non-appareillé: ☐ Non ☐ Oui, précisez:.....(1)

PREPARATION nécessaire pour PET 2 ou 3*

Sarcoïdose - régime pauvre en carbohydrates (pas de sucre, pas de sucre lent, pas de laitage ; privilégier les aliments gras, les légumes et les viandes).

A jeun 12 heures avant l'examen, pas de contre-indication à l'injection en bolus iv de 50 UI/kg d'Héparine non-fractionnée.

INFORMATIONS SECRETARIAT NUC

Rdv : + 41 21 314 43 52

Compte-rendu : +41 21 314 43 55

Fax : + 41 21 314 43 43

Courriel : nuc.desk@chuv.ch

Horaire : lundi au vendredi de 7h30 à 17h00

Ce bon (recto) de demande d'examen est à retourner au secrétariat de Médecine nucléaire, Bugnon 46, 1011 Lausanne ou par fax ou par email (nuc.admin@chuv.ch).

Réservé au Service de Médecine nucléaire

DESK	Examen planifié : Date de l'examen :
CDK	Date et initiales : Examen validé : Médicaments à arrêter : MRP à commander : ☐ Oui ☐ Non Prémédication à commander : ☐ Oui ☐ Non Examen remboursé: ☐ Oui ☐ Non Devis à faire (patient hors CH) : ☐ Oui ☐ Non
DESK	<i>Examen non remboursé (patient CH)</i> 1. Hospit. le jour de l'examen : ☐ Oui ☐ Non 2. Accord de l'assurance reçu : ☐ Oui ☐ Non 3. Engagement de payer reçu : ☐ Oui ☐ Non <i>Patient étranger</i> Devis envoyé (date et initiales) : Dépôt reçu : ☐ Oui ☐ Non Commentaires : <i>Il faut au moins une case « Oui » cochée pour donner le rdv. Annuler le rdv si nécessaire.</i>
TRM & INF. & DESK	MRP (date et initiales) : Préméd. (date et initiales) : Iodure de Potassium ☐ Perchlorate de Potassium Préméd. envoyée (date et initiales) : Commentaires :