

Identification de l'utilisateur

Dossier CISSL :

Nom, prénom :

RAMQ :

DDN :

Adresse :

Téléphone / cellulaire :

INFORMATIONS SUR L'USAGER

Poids : \_\_\_\_\_ kg \_\_\_\_\_ lb Taille \_\_\_\_\_ cm \_\_\_\_\_ po

Allaitement  Non  Oui

Allergie :

Enceinte  Non  Oui

Pour des fins d'accessibilité, l'utilisateur(ère) accepte que pour un examen couvert par la RAMQ, il est possible qu'un partenaire du réseau communique avec lui afin de lui offrir une plage de rendez-vous.

SCINTIGRAPHIE DEMANDÉE

DATE CIBLE: \_\_\_\_\_

CONTRÔLE ?

- Osseuse  
 Gallium  
 Globules blancs marqués

- Myocardique au Persantin  
 Myocardique à l'effort  
 Ventriculographie  
 Scintigraphie aux PYP - Amyloïdose cardiaque

- Rénale - Hydronéphrose  
 Rénale - Rénovasculaire  
 Rénale - Fonction divisée

- Pulmonaire V/Q  
 Pulmonaire Quantification  
 Shunt D-G

- Thyroïdienne - Hyperthyroïdie  
 Cartographie à l'iode/Thyrogen  
 Traitement à l'iode  
 Parathyroïdienne

- Hépatobiliaire (HIDA)  
 Hépatosplénique  
 Breath test à l'urée

Ganglion sentinelle

Site : \_\_\_\_\_

- MIBG  
 DaTscan

AUTRE (ex. hémorragie digestive, myocardique au dobutamine, vidange gastrique, cysternographie)

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Veuillez envoyer les rapports d'imagerie pertinents réalisés dans une clinique/bureau privée.

INFORMATIONS SUR LE MÉDECIN RÉFÉRANT

Médecin demandeur :

N° permis :

Adresse :

Prescrit le :

Signature :

CC au Dr :

## Modalités de prise de rendez-vous pour un examen de médecine nucléaire

Faites parvenir  **votre demande d'examen par télécopieur ou courriel :**

[crv.consultations.cissslav@sss.gouv.qc.ca](mailto:crv.consultations.cissslav@sss.gouv.qc.ca) (courriel en format PDF SVP)

1 833 669-2400

Pour informations: Téléphone :1 833 622-1309

La demande d'examen doit contenir les informations suivantes :

- Nom et prénom
- Date de naissance
- Numéro d'assurance maladie
- Numéro de la carte grise du CISSSL (si disponible)
- Deux numéros de téléphone pour vous joindre entre 9h et 17h

### Conservation de votre demande d'examen (requête)

Après avoir télécopié votre demande, conservez le document original jusqu'au jour de votre examen.

Il faut le remettre à la réception de la médecine nucléaire à l'arrivée. Si vous n'avez pas votre demande d'examen, communiquez avec votre médecin pour vous la procurer.

## Préparation pour certains examens

Pour les préparations, vous référez à la page de l'imagerie médicale sur [lavalensanté.com](http://lavalensanté.com) par le biais du code QR ci-joint.



Il y a plusieurs consignes de préparation à respecter pour certains examens. Pour obtenir de l'information concernant la préparation ou pour toutes questions, vous pouvez téléphoner au service de médecine nucléaire au **450-975-5546** du **lundi au vendredi** entre **9h00 et 11h30** et **13h00 et 16h00**.

### Votre histoire médicale à l'extérieur du CISSS de Laval

Si vous avez passé **des examens radiologiques et/ou de médecine nucléaire** (par exemple : résonance magnétique, tomodensitométrie, et scintigraphie) **depuis 6 mois** dans un CLSC, un cabinet de médecine familiale ou une clinique d'imagerie non reliée à un centre hospitalier, il serait important de nous apporter les **rapports écrits** de ces examens. Pour les obtenir, vous appelez le CLSC, le cabinet de médecine familiale ou la clinique d'imagerie non reliée à un centre hospitalier où ces examens ont été réalisés.

## Emplacement

Le jour de votre examen, veuillez-vous présenter à l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé de Laval situé au 1755 Boulevard René8Laennec, Laval, QC H7M 3L9. Entrez par le bloc C.

Dirigez-vous vers le bloc B (le couloir de droite) pour atteindre les ascenseurs. Prenez l'ascenseur jusqu'au premier (1<sup>er</sup>) étage. La réception de la médecine nucléaire se situe à votre droite, au **local B.1.10**

## Annulation de votre examen

Pour annuler ou modifier votre rendez-vous, veuillez-nous contacter **au moins 3 jours** avant la date prévue de l'examen. (1 833 622-1309)