Service de médecine nucléaire
et imagerie moléculaire

BON DEMANDE D'EXAMEN

Nom / Prénom du patient (ou étiquette)
_____
_____
Date de naissance : _____
Sexe : M ☐ F ☐
Adresse : _____
_____
N° de téléphone : _____

Coordonnées médecin demandeur :
_____
Adresse : _____
_____
N° de téléphone : _____
email sécurisé : _____

Informations cliniques - à renseigner obligatoirement :

Poids : _____

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

Allergies : OUI ☐ NON ☐ (lesquelles : _____)

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

Claustrophobe : OUI ☐ NON ☐

Mesures additionnelles de contact (isolement) OUI ☐ NON ☐

Porteur port-à-cath OUI ☐ NON ☐

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 : OUI ☐ NON ☐

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

Tél. secrétariat +4121 314 43 52 - de 08h à 12h et de 13h à 17h