



PET/CT SCAN
NUCLEAR MEDICINE
CT SCAN

Carte d'hôpital ou identification du patient

T: 514-933-5885 F: 514-933-4646 petct@vmmed.com
2345 Rue Guy, Montréal, QC H3H 2L9

Requête PSMA TEP/CT

RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

TÉLÉPHONE _____ CELLULAIRE _____ COURRIEL ou AUTRE NUMÉRO _____
Poids: _____ Taille: _____ Allergies: _____ Claustrophobie: Non Oui

HISTORIQUE DU CANCER DE LA PROSTATE

Date du Dx initial: _____ Gleason: _____ Stade: _____ HIFU/Brachy? Non Oui, date: _____
Prostatectomie? Non Oui, date: _____ RTX de sauvetage prostate? Non Oui, date: _____
Hormonothérapie? Jamais Présentement, dernière dose : _____ Cessé, date : _____
CPRC? Non Oui ARAT/ARPI? Non Oui Docetaxel? Non Oui Cabazitaxel? Non Oui
CT thorax? Non Oui, date et résultats: _____
CT abdo/pelvien? Non Oui, date et résultats: _____
Scintigraphie osseuse / TEP NaF? Non Oui, date et résultats: _____
La plus récente APS: _____ date: _____ Deuxième plus récente APS: _____ date: _____
Plus basse APS : _____ date: _____ Temps de doublement de l'APS : _____

Indication clinique : (sélectionnez une seule) Bilan initial Récidive biochimique Évaluation pré-thérapie PSMA-Lu177

Détails des antécédents du cancer de la prostate, en indiquant l'impact prévu de la TEP PSMA sur le traitement:

INFORMATION SUR LE MÉDECIN RÉFÉRANT

NOM DU MÉDECIN (EN LETTRES MOULÉES) _____ SIGNATURE _____ NUMÉRO LICENCE _____ DATE _____
TÉLÉPHONE _____ TÉLÉCOPIEUR _____ CC _____

Fournir les rapports et les images de la tomodensitométrie et de la scintigraphie osseuse dessus (CD, clé USB ou tout autre accès web sécurisé) si non disponible sur le Dossier Santé Québec (DSQ).

USAGE INTERNE EN MÉDECINE NUCLÉAIRE UNIQUEMENT

R/V date/hr: _____ TEP PSMA ant.? Oui, date: _____ Dose commandée : _____

Notes: