
DESTINATAIRES : Tous les médecins du CISSS de la Montérégie-Ouest

EXPÉDITEUR : Geneviève Connor-Roy, chef de service en imagerie médicale
pôle 1 par interim

DATE : Le 18 novembre 2024

OBJET : **Questionnaire de priorisation pour Scinti myocardique**

Suite à l'arrivée de notre nouveau nucléiste, nous sommes en mesure d'augmenter notre offre de service pour les examens du cœur.

Pour optimiser la priorisation des patients, un questionnaire a été envoyé aux médecins du réseau ayant un patient sur notre liste d'attente. Il est entendu que certaines de ces requêtes datent depuis longtemps et nous vous demandons de répondre au meilleur de votre connaissance.

Nous travaillons présentement à la création d'une requête améliorée de médecine nucléaire incluant le questionnaire qui pourra être remplie au moment initial de la demande.

Une copie du questionnaire est jointe à cette note en attendant les nouvelles requêtes, nous vous demandons de le remplir et de nous le faire parvenir avec vos demandes de médecine nucléaire.

Merci de votre habituelle collaboration.

Médecine Nucléaire

Votre patient a une scintigraphie myocardique sur notre liste d'attente et afin de pouvoir procéder adéquatement nous avons besoin des informations suivantes :

Examen désiré : Examen sous Persantin : ☐

Tapis à l'effort : ☐

Quels sont les indications cliniques pour demander cet examen ?

Est-ce que votre patient a déjà fait un infarctus ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, spécifiez le territoire et la date : _____

Est-ce que votre patient a déjà eu une angioplastie ou un stent : Oui ☐ Non ☐

Si oui, spécifiez le territoire et la date : _____

Est-ce que votre patient a déjà subi un pontage ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, spécifiez sur quelle artère et la date : _____

Est-ce que votre patient a un pacemaker ou un défibrillateur cardiaque ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, spécifiez la date de l'intervention : _____

Est-ce que votre patient prend de la médication pour le cœur (notamment beta-bloquant, dérivés nitrés, inhibiteurs calciques) ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, spécifiez quelle médication : _____

Permettez-vous l'arrêt de cette médication selon les protocoles établis du centre en prévision de l'examen ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, spécifiez vos recommandations : _____

Est-ce que votre patient a des antécédents cardiaques autres que coronariens ? Oui ☐ Non ☐

Si oui spécifiez : _____

Est-ce que votre patient a d'autres antécédents notables (asthme, diabète, MPOC, allergies...) ?
Oui ☐ Non ☐

Si oui spécifiez : _____