

## QUESTIONNAIRE POUR TEP SCAN

**NOM DU PATIENT :** \_\_\_\_\_ **# CHAMBRE :** \_\_\_\_\_

**# TÉLÉPHONE :** \_\_\_\_\_ **# POSTE :** \_\_\_\_\_

**ÉTABLISSEMENT (site) :** \_\_\_\_\_

**S.V.P. COMPLÉTER LE QUESTIONNAIRE CI-APRÈS,  
L'ANNEXER À LA DEMANDE DE TEP ET LE  
RETOURNER PAR FAX AU 819-378-9814. MERCI.**

1. Reçoit-il de l'HÉPARINE intraveineuse dans un soluté de Dextrose?

OUI      NON

2. A-t-il eu une BIOPSIE dans les 3 dernières **SEMAINES** ?

OUI      NON

Date : \_\_\_\_\_

3. A-t-il eu de la CHIMIOTHÉRAPIE dans les 3-4 dernières **SEMAINES** ?

OUI      NON

Date : \_\_\_\_\_

4. A-t-il eu des traitements de RADIOTHÉRAPIE dans les 3 derniers **MOIS** ?

OUI      NON

Date : \_\_\_\_\_

5. Est-il CLAUSTROPHOBE?

OUI      NON