Centre intégré
de santé
et de services sociaux
des Laurentides
Québec

IMAGERIE MÉDICALE

TÉLÉCOPIEUR : 819 324-4067

Provenance

- ○ **Hospitalisé** ○ **Urgence**
- ○ **Externe référé** ○ **Urgence** (en externe)
- ○ **Clinique externe**

Précautions additionnelles :

○ contact ○ aérienne ○ c. difficile
○ gouttelettes ○ autre ○ SARM

Médecin de famille : _____

☐ **RDV confirmé** ☐ **RAMQ valide** **Allergie à l'iode** ☐ **oui** ☐ **non**

TOMOGRAPHIE AXIALE

☐ Crâne	☐ Thorax /Abdomen	☐ Angioscan tête
☐ Sinus	☐ Abdomen/ Pelvien	☐ Angioscan cou/carotides
☐ Massif facial	☐ Thorax/Abdomen/Pelvien	☐ Angioscan pulmonaire
☐ Mastoïdes	☐ Pelvien	☐ Angioscan aorte
☐ Cou	☐ Sacrum/Sacro-iliaques	☐ Autre : _____
☐ Thorax	☐ Rachis	
☐ Abdomen	☐ Extrémités: _____	

Examens avec contraste iodé : **Accès veineux** **Oui** ☐ **Non** ☐
Facteurs de risques **(cochez les cases appropriées)** **À jeun** ☐ **Non À jeun** ☐

☐ Réaction antérieure ☐ MCAS sévère ☐ **Créatinine disponible** ☐ non ☐ oui_____umol/L

☐ Myélome multiple ☐ Insuffisance rénale ☐ Insuffisance cardiaque ☐ **Créatinine à venir**

Renseignements cliniques pertinents : _____

_____

_____

DIAGNOSTIQUE PROVISOIRE _____

P1☐ P2☐ P3☐ P4☐ Délai : _____

P5 ☐ Congé prévu :

NOM DU MÉDECIN (lettres moulées)

_____
Date

_____
Signature et numéro de permis d'exercice

RX-006 (revisé JANVIER 2014)