

Nom

Dossier

Téléphone

Ramq

## ÉCHOGRAPHIE

### PRESCRIPTION D'EXAMEN OBLIGATOIRE

Isolement N  O  (précisez) : \_\_\_\_\_

Oxygène \_\_\_\_\_ Rendez vous le \_\_\_\_\_

Requête # \_\_\_\_\_ Tech \_\_\_\_\_

Pae \_\_\_\_\_

➔ **PRENDRE UN RENDEZ-VOUS AU 450-431-8777 AVANT DE VOUS PRÉSENTER SAUF POUR ►►**

➔ **L'original de la demande vous sera demandé lors de votre rendez-vous.**

<p style="text-align: center;"><b>ACCÈS AU SERVICE</b></p> <p><input type="checkbox"/> Sur pied <span style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> Fauteuil roulant</span>  <input type="checkbox"/> Civière <span style="margin-left: 150px;"><input type="checkbox"/> Dans son lit</span></p> <p style="text-align: center;"><b>PROVENANCE ET (TYPE)</b></p> <p><input type="checkbox"/> HOSPITALISE CHAMBRE # _____  <input type="checkbox"/> URGENCE (EXT INSCRIT) _____  <input type="checkbox"/> BUREAU PRIVE DE MEDECIN ( EXT ENREGISTRE)  <input type="checkbox"/> MEDECINE D'UN JOUR (EXT INSCRIT) _____  <input type="checkbox"/> AUTRE _____</p>	<p style="text-align: center;"><b>À COMPLETER PAR LE MEDECIN</b></p> <p>DATE : _____</p> <hr/> <p>NOM DU MEDECIN (LETTRES MOULEES)</p> <hr/> <p>SIGNATURE ET NO DE PRATIQUE</p> <p>ADRESSE : _____</p> <p>RENS. CLINIQUES : _____</p> <hr/>
---	---

◆ : Voir au verso pour préparation et/ou ►► : Faxer la demande au 450-431-8750

<p style="text-align: center;"><b>ÉCHO ABDOMINALE</b></p> <p>◆ 8326 <input type="checkbox"/> Abdomen complet _____  8325 <input type="checkbox"/> Abdomen limité <input type="checkbox"/> reins <input type="checkbox"/> aorte  ◆ <input type="checkbox"/> pylore <input type="checkbox"/> autre _____</p>	<p style="text-align: center;"><b>ÉCHO PELVIENNE</b></p> <p>◆ 8321 <input type="checkbox"/> Pelvienne  ◆ 8322 <input type="checkbox"/> Endovaginale  ◆ 8323 <input type="checkbox"/> Obstétricale ( 16 sem et moins)  ◆ 8317 <input type="checkbox"/> Obstétricale ( 17 sem. et plus)</p>
--	---

<p style="text-align: center;"><b>DIVERS</b></p> <p>8330 TY <input type="checkbox"/> Thyroïde  8333 <input type="checkbox"/> Sein <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G  ►► 8334 <input type="checkbox"/> Testiculaire <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G  ◆ 8327 <input type="checkbox"/> Prostate  ◆ 3002 PR <input type="checkbox"/> Biopsie prostate  ►► 8335 <input type="checkbox"/> Surface _____  <input type="checkbox"/> Autres _____</p>	<p style="text-align: center;"><b>DOPPLER</b></p> <p>►►◆ 8381 <input type="checkbox"/> Doppler rénal  ►►◆ 8367 <input type="checkbox"/> Doppler hépatique  ►►◆ 8364 <input type="checkbox"/> Doppler abdominal-pelvien  ►► 83501 <input type="checkbox"/> Doppler carotidien  ►► 8380 <input type="checkbox"/> Doppler veineux M. inf. <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G  ►► 8357 <input type="checkbox"/> Doppler veineux M. sup. <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G</p> <p style="text-align: center;"><b>Cas de phlébite seulement</b></p>
--	--

<b>BIOPSIE + PONCTION</b>	
<p>►► 3002 FO <input type="checkbox"/> Biopsie hépatique  ►► 94712 <input type="checkbox"/> Biopsie sein <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G  ►► 3002 RE <input type="checkbox"/> Biopsie rénale <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G  ►► 3002 TY <input type="checkbox"/> Biopsie thyroïde  ►► 3002 AB <input type="checkbox"/> Biopsie abdominale</p>	<p>►► 94732 <input type="checkbox"/> Ponction et/ou drainage abdominal  ►► 94722 <input type="checkbox"/> Ponction et/ou drainage thoracique  ►► 04443 <input type="checkbox"/> Aspiration kyste sein <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G  ►► <input type="checkbox"/> Autres _____</p>

# PRÉPARATIONS

## ÉCHO ABDOMINALE

## DOPPLER HÉPATIQUE

◆ Jeûne complet 6 heures avant l'examen. (Ne rien manger, ne rien boire).

**PYLORE : Donner le dernier boire 3 heures avant l'examen.**

## ÉCHO PELVIENNE OU OBSTÉTRICALE jusqu'à 16 semaines (Incluant Écho pelvienne endovaginale)

◆ S.V.P., boire un litre (environ 6 grands verres) de liquide (eau, thé, café, jus) **1 heure avant l'examen**

◆ Ne pas uriner

## ÉCHO ABDOMINALE ET PELVIENNE

◆ À jeun de tous solides 6 heures avant l'examen.

◆ 1 heure avant l'examen, boire 1 litre d'**eau** (Ne rien manger et ne pas uriner)

## ÉCHO OBSTÉTRICALE ( 17 semaines et plus)

◆ S.V.P., boire  $\frac{3}{4}$  litre de liquide ( eau, jus) 1 heure avant l'examen

◆ Ne pas uriner

## DOPPLER RÉNAL

## DOPPLER ABDOMINAL-PELVIEN

◆ À jeun de tous solides 4 heures avant l'examen

## ÉCHO PROSTATE ET/OU BIOPSIE PROSTATE

◆ À la maison, se donner un lavement **Fleet**, 2 heures avant l'examen

## EXAMENS SANS PRÉPARATION

Écho thyroïde

Écho testiculaire

Ponction kyste

Écho du sein

Biopsie du sein

Doppler carotidien

Écho de surface

Écho rénal

Doppler veineux périphérique

**Échographie** : Examen fait par contact au moyen d'une sonde ultrasonique après application de gel. Cet examen se fait en position couchée. La technologue débute l'examen qui est complété par le radiologue.