



DT9485

## REQUÊTE D'EXAMEN RADIOLOGIQUE EN TOMODENSITOMÉTRIE (Âge minimal : 18 ans)

**Attention : favoriser les protocoles de l'Accueil clinique  
(si disponibles) avant de remplir ce formulaire**

Nom et prénom de l'utilisateur			
N° d'assurance maladie		Année	Mois
		Expiration	
Nom et prénom du parent			
Ind. rég.	N° téléphone	Ind. rég.	N° téléphone (autre)
Adresse			
Code postal			

Impression diagnostique et renseignements cliniques obligatoires					
À quel(s) diagnostic(s) suspecté(s) doit répondre l'examen :					
Signes et symptômes justifiant l'examen :					
<b>Région(s) anatomique(s)</b> visée(s) pour l'examen : <input type="checkbox"/> Tête <input type="checkbox"/> Cou <input type="checkbox"/> Rachis : <input type="checkbox"/> cervical <input type="checkbox"/> thoracique <input type="checkbox"/> lombaire <input type="checkbox"/> Thorax <input type="checkbox"/> Abdomen <input type="checkbox"/> Pelvis <input type="checkbox"/> Membre supérieur <input type="checkbox"/> Membre inférieur <input type="checkbox"/> Autre(s) Précisions sur la région anatomique :					<b>Latéralité(s)</b> <input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/> Gauche
<b>Condition(s) clinique(s)</b>		<b>Échelle de priorité clinique : B : ≤ 10 jrs C : ≤ 28 jrs D : ≤ 3 mois (90 jrs)</b>			
<b>PREMIER EXAMEN (cocher la condition clinique appropriée)</b>					
<b>Tête</b>	<input type="checkbox"/> <b>Céphalée</b> accompagnée de signes neurologiques ou d'hypertension intracrânienne	<b>B</b>	<b>Abdomen</b>	<input type="checkbox"/> <b>Kyste rénal</b> complexe <i>(Prérequis: rapport d'écho. abdo. suggérant poursuite de l'investigation en TDM)</i>	<b>C</b>
	<input type="checkbox"/> <b>Céphalée</b> nouvelle chez usager ≥ 50 ans	<b>C</b>		<input type="checkbox"/> <b>Masse rénale</b>	<b>C</b>
<b>Thorax</b>	<input type="checkbox"/> Maladies interstitielles	<b>D</b>		<b>Uroscan</b>	Suspicion <b>diverticulite</b>
	<input type="checkbox"/> Maladies pulmonaires chroniques/MPOC	<b>D</b>	<input type="checkbox"/> Évaluation <b>calculs</b> urinaires		<b>C</b>
<b>Rachis</b>	<input type="checkbox"/> <b>Lombalgie</b> avec atteinte fonctionnelle importante chez usager > 50 ans <i>(IRM préférable chez usager ≤ 50 ans)</i>	<b>C</b>	<b>Pyéloscan</b>	<input type="checkbox"/> <b>Hématurie</b> macroscopique intermittente avec culture négative	<b>B</b>
<b>Recherche de néoplasie</b>	<input type="checkbox"/> Recherche de néoplasie primaire ou métastatique; <b>HAUTE</b> suspicion				<b>B</b>
	<input type="checkbox"/> Recherche de néoplasie primaire ou métastatique; <b>FAIBLE</b> suspicion				<b>C</b>
<b>Autre(s)</b>	<input type="checkbox"/> AUTRE(S) CONDITIONS(S) CLINIQUE(S) non standardisée au formulaire <i>*Préciser la condition et justifier la priorité dans "Impression diagnostique et renseignements cliniques obligatoires"</i>				<b>Priorité clinique</b>
<b>SUIVI / EXAMEN DE CONTRÔLE</b>					
<b>Examen demandé :</b>					
<input type="checkbox"/> Suivi d'un <b>nodule pulmonaire</b> (préciser date du diagnostic). Année (AAAA) : _____ Mois (MM) : _____ <input type="checkbox"/> Suivi d'une anomalie documentée dans la <b>même modalité</b> , spécifier l'anomalie : _____ <input type="checkbox"/> Caractérisation d'une anomalie vue dans une <b>autre modalité</b> , spécifier l'anomalie: _____ <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____					
<b>Date du dernier examen de suivi :</b> Année (AAAA) : _____ Mois (MM) : _____ <b>Délai(s) cible(s)* suivant dernier examen :</b> <input type="checkbox"/> 1 mois <input type="checkbox"/> 3 mois <input type="checkbox"/> 6 mois <input type="checkbox"/> 9 mois <input type="checkbox"/> 12 mois <input type="checkbox"/> 18 mois <input type="checkbox"/> 24 mois <i>*Sélectionner maximum 2 délais cibles</i>					
<b>Examen(s) antérieur(s) pertinent(s) présent(s) au DSQ :</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (si non, joindre rapport à la requête) • Réalisé(s) localement : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (si non, préciser l'installation/point de services) : _____ • Date de réalisation : Année (AAAA) : _____ Mois (MM) : _____					

Nom et prénom de l'usager	N° d'assurance maladie
---------------------------	------------------------

**FACTEURS DE RISQUE** (cocher le ou les facteurs de risques associés sinon, cocher "aucun facteur de risque")

Ins. rénale ou rein unique   
 Greffe rénale   
 Suivi en néphrologie ou urologie   
 Aucun facteur de risque

**En présence d'un facteur de risque, il est OBLIGATOIRE d'obtenir les résultats de créatinine et de DFGe**

DFGe et créatinine réalisés dans les 3 derniers mois :

Date (année, mois, jour)	Résultat de créatinine	Résultat DFGe

Si non réalisée ou résultats > 3 mois, prescription d'analyse remise au patient pour qu'il la réalise dans les meilleurs délais.

**TYPE D'ALLERGIE**

**Iode**   
 Oui. Spécifier type de réaction :  
 **Si oui, je confirme avoir remis à l'usager une prescription pour la prémédication<sup>1</sup>**  
 Non

<sup>1</sup> American College of Radiology (ACR). ACR Manual on Contrast Media, 2021. ACR Committee on. Drugs and Contrast Media. *Patient selection and preparation strategies before contrast medium administration*; p. 5-13. ISBN: 978-1-55903-012-0. Disponible en ligne [https://www.acr.org/Clinical-Resources/Contrast-Manual], consulté le 5 mars 2022.

**Alertes cliniques (liste non exhaustive)**

**Référer à l'Accueil clinique (si disponible) sinon, diriger l'usager à l'Urgence**

- Appendicite (urgence)
- Diverticulite
- Colique néphrétique aiguë
- Hématurie macroscopique active

**Identification du référent et du point de service**

Nom du référent				N° de permis		<b>Estampe</b>
Ind. rég.	N° de téléphone	N° de poste	Ind. rég.	N° de télécopieur		
Nom du point de service						
<b>Signature</b>				Date (année, mois, jour)		

**Médecin de famille / IPSPL<sup>2</sup> :**   
 Idem au référent   
 Usager sans médecin de famille / IPSPL   
**Référence nominative (si requis)**

Nom du médecin de famille / IPSPL			Si vous désirez une référence nominative à un point de service ou installation, spécifier :
Nom du point de service			
Nom du médecin en copie conforme	N° de permis	Nom du point de service	

<sup>2</sup> Infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne