

IMAGERIE MÉDICALE ANTOINE-LABELLE
DEMANDE DE TOMODENSITOMÉTRIE

Provenance

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

Médecin de famille : _____

- | | | | |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> 8279 Sinus | <input type="checkbox"/> 8259 Crâne | <input type="checkbox"/> 8265 Abdomen | <input type="checkbox"/> 8263 Thorax |
| <input type="checkbox"/> 8279 Massif facial | <input type="checkbox"/> 8278 Mastoïdes | <input type="checkbox"/> 8268 Enteroscan | <input type="checkbox"/> 1268 Pyeloscan |
| <input type="checkbox"/> 8277 Extrémités | <input type="checkbox"/> 8261 Cou | <input type="checkbox"/> 8268 Abdomen + pelvis | <input type="checkbox"/> 8267 Pelvis |
| <input type="checkbox"/> 8275L Colonne lombaire | <input type="checkbox"/> 8275C Rachis cervical | <input type="checkbox"/> 8262AG Angioscan pulmonaire | |
| <input type="checkbox"/> 8269 UroScan | | | |

Allergie à l'iode : OUI NON

R_x : Prophylaxie pour allergie aux produits de contraste

Prednisone 50 mg : À 09h00, 17h00 et 21h00 la veille de l'examen et 1 heure avant la procédure (total 4 doses).
Enfant ou adulte < 50 kg : 1 mg/kg/dose

Diphenhydramine 50 mg : 1 heure avant la procédure avec la dernière dose de prednisone (1 dose).
Enfant ou adulte < 50 kg : 1,25 mg/kg/dose

N.B. : s'assurer que le service d'imagerie médicale confirme la nécessité de prendre la médication.

Signature du médecin : _____ Numéro de permis : _____

Facteurs de risques

	Oui	Non		Oui	Non		Oui	Non
MCAS sévère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Insuffisance cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Myélome multiple	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Insuffisance rénale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Poids : _____ kg Taille : _____ m Âge : _____ Créatinine _____ mmol/l Date : _____
Clairance de la créatinine : _____

URGENT SEMI-URGENT ÉLECTIF AVANT LE : _____

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES :

DIAGNOSTIC PROVISOIRE : _____

NOM EN LETTRE MOULÉE

SIGNATURE

DATE

N° DE PERMIS

À L'USAGE DE LA RADIOLOGIE

- c+ Readycat Rendez-vous le : _____
- c- Eau À : _____ Heure : _____
- Lavement Autorisé par le radiologiste