

Installations du Lac-des-Deux-Montagnes

520, boul. Arthur-Sauvé
Saint-Eustache (Québec) J7R 5B1

Tél. : (450) 473-6811 poste : 42210
Télec. : (450) 473-1240

Date : _____

Heure : _____

IMAGERIE MÉDICALE

Demande d'examen

DATE	CHAMBRE ET LIT	DOSSIER
NOM		
PRÉNOM		
DATE DE NAISSANCE	TÉLÉPHONE	AUTRE TÉLÉPHONE
RAMQ	EXP.	

APPAREIL MOBILE
 STAT
 Ce jour
 24heures
 48 heures
 P1
 P2
 P3
DÉLAI :

Renseignements cliniques pertinents

Radiologie générale		Échographie		Tomodensitométrie	
<input type="checkbox"/> R-X Abdomen (PSA)	<input type="checkbox"/> Coude D G	<input type="checkbox"/> Abdominale	<input type="checkbox"/> Crâne	<input type="checkbox"/> Crâne	
<input type="checkbox"/> R-X Poumons	<input type="checkbox"/> Avant-bras D G	<input type="checkbox"/> Abdominale <u>et</u> pelvienne	<input type="checkbox"/> Massif facial	<input type="checkbox"/> Massif facial	
<input type="checkbox"/> R-X Sinus	<input type="checkbox"/> Poignet D G	<input type="checkbox"/> Pelvienne	<input type="checkbox"/> Thorax	<input type="checkbox"/> Thorax	
<input type="checkbox"/> Colonne cervicale	<input type="checkbox"/> Main D G	<input type="checkbox"/> Rénale	<input type="checkbox"/> Abdomen	<input type="checkbox"/> Abdomen	
<input type="checkbox"/> Colonne dorsale	<input type="checkbox"/> Bassin	<input type="checkbox"/> Testiculaires	<input type="checkbox"/> Abdomen et pelvien	<input type="checkbox"/> Abdomen et pelvien	
<input type="checkbox"/> Colonne lombo-sacrée	<input type="checkbox"/> Hanche D G	<input type="checkbox"/> Doppler veineux des membres :	<input type="checkbox"/> URO scan	<input type="checkbox"/> URO scan	
<input type="checkbox"/> Série traumatique	<input type="checkbox"/> Fémur D G	Inférieurs <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G	<input type="checkbox"/> Colonne cervicale	<input type="checkbox"/> Colonne cervicale	
<input type="checkbox"/> Massif facial	<input type="checkbox"/> Genou D G	Supérieurs <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G	<input type="checkbox"/> Colonne lombaire	<input type="checkbox"/> Colonne lombaire	
<input type="checkbox"/> Hémi-thorax D G	<input type="checkbox"/> Jambe D G	<input type="checkbox"/> Carotides	<input type="checkbox"/> ANGIO scan :	<input type="checkbox"/> ANGIO scan :	
<input type="checkbox"/> Épaule D G	<input type="checkbox"/> Cheville D G	<input type="checkbox"/> Obstétricale			
<input type="checkbox"/> Clavicule D G	<input type="checkbox"/> Pied D G	<input type="checkbox"/> Surface :			
<input type="checkbox"/> Humérus D G					

AUTRE EXAMEN :

**POUR LES PATIENTS AVEC FACTEUR DE RISQUE D'INSUFFISANCE RÉNALE ET
NÉCESSITANT UN EXAMEN AVEC INJECTION DE PRODUIT DE CONTRASTE INTRA VEINEUX :**

- 1) UN TAUX ESTIMÉ DE FILTRATION GLOMÉRULAIRE (TeFG) SERA EFFECTUÉ DONC, CETTE REQUÊTE TIENDRA LIEU DE PRESCRIPTION.
SI VOUS ÊTES EN DÉSACCORD AVEC CETTE DIRECTIVE, VEUILLEZ NOUS EN INFORMER EN COCHANT CI APRÈS
- 2) IL EST RECOMMANDÉ DE FAIRE CESSER LES DIURÉTIQUES, AINS OU COXIB LA VEILLE ET LE JOUR DE L'EXAMEN.
VEUILLEZ EN AVISER VOTRE PATIENT.

Date de la demande	Signature du médecin	No. licence
--------------------	----------------------	-------------

À COMPLÉTER OBLIGATOIREMENT

Asthme sévère Poids : _____ kg Insuffisance rénale : OUI NON
 Diabète : Taille : _____ cm

Le patient ne présente aucune allergie connue aux produits de contrastes ou à certains médicaments ou aliments

Si allergies connues, compléter la section ci-dessous :

Allergie aux produits de contraste Réactions : _____ Degré de la réaction : léger modéré sévère
 Allergie – autres (médicaments, aliments,...) Réactions : _____ Degré de la réaction : léger modéré sévère
 Spécifiez : _____

À COMPLÉTER SI L'EXAMEN EST DEMANDÉ CE JOUR OU STAT :

À jeun : OUI NON Créatinine : _____ µmol/L
 TeFG : _____ ml/min/1,73m²

SECTION RÉSERVÉE À L'IMAGERIE MÉDICALE

<input type="checkbox"/> C- (sans infusion)	<input type="checkbox"/> Protocole pancréas	Heure de l'examen : _____
<input type="checkbox"/> C+ (avec infusion)	<input type="checkbox"/> Uroscan faible dose	<input type="checkbox"/> Aucune préparation
<input type="checkbox"/> C± (sans et avec infusion)	<input type="checkbox"/> Thorax haute résolution	À jeun à compter de : _____
<input type="checkbox"/> C±/veineux et tardif 7 min. (hémangiome)	<input type="checkbox"/> Préparation aux stéroïdes (Prednisone)	Bouchon membrane <input type="checkbox"/> #18G <input type="checkbox"/> #20G
<input type="checkbox"/> C±/artériel, veineux et tardif 7 min. (hépatome)	<input type="checkbox"/> Hydratation intraveineuse	Gastrographin à : _____
<input type="checkbox"/> C±/ Protocole Pyéloscan	<input type="checkbox"/> Avec lavement	Readi-Cat à _____
Examens antérieurs :		