



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<br><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)<br>Précisions sur la région anatomique : |  |   |  |   | <b>Latéralité(s)</b><br><input type="checkbox"/> Droite<br><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 <b>neurologiques</b> ou d'hypertension intracrânienne   | <b>B</b>  | <b>Abdomen</b>   | <input type="checkbox"/> <b>Kyste rénal</b> complexe<br><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<br><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<br><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) : _____<br><input type="checkbox"/> Suivi d'une anomalie documentée dans la <b>même modalité</b> , spécifier l'anomalie : _____<br><input type="checkbox"/> Caractérisation d'une anomalie vue dans une <b>autre modalité</b> , spécifier l'anomalie: _____<br><input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____   |  |   |  |   |  |
| <b>Date du dernier examen de suivi :</b> Année (AAAA) : _____ Mois (MM) : _____<br><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<br><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)<br>• Réalisé(s) localement : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (si non, préciser l'installation/point de services) : _____<br>• 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