

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"/> 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"/> R-X Sinus	<input type="checkbox"/> Poignet D G	<input type="checkbox"/> Pelvienne	<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"/> Colonne dorsale	<input type="checkbox"/> Bassin	<input type="checkbox"/> Testiculaires	<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"/> 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"/> 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"/> Hémi-thorax D G	<input type="checkbox"/> Jambe D G	<input type="checkbox"/> Carotides	<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/1,73m<sup>2</sup>

#### 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 :		