

**IMAGERIE MÉDICALE  
INVESTIGATION RAPIDE CONDITION  
SUBAIGUË  
(excluant protocole accueil clinique 1.0)**

Dossier :  
CISSSL :  
Nom :  
Prénom :  
RAMQ :  
DDN :  
Adresse :  
Téléphone / cellulaire :

**COCHER L'EXPERTISE D'IMAGERIE MÉDICALE CORRESPONDANT À LA CONDITION CLINIQUE DU PATIENT**

- En utilisant cette ordonnance, l'établissement s'engage à respecter le délai prescrit pour l'investigation et de rendre disponible le résultat.
- En utilisant cette ordonnance, je m'engage à être, personnellement ou mon répondant, joignable.

\*\*\*\*\* Échographie \*\*\*\*\*

**Abdomen**

- Recherche d'appendicite
- Recherche de cholécystite
- Recherche de lithiase urinaire obstructive

**Pelviennne**

- Recherche de grossesse ectopique (B-hCG requis) \*  
B-hCG sérique : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_
- Saignement du 1<sup>er</sup> trimestre
- Rupture de kyste ovarien

**MSQ**

- Déchirure du biceps distal/tendon d'Achille

\*\*\*\*\* Résonance magnétique (IRM) \*\*\*\*\*

\*\*\*\*\* Questionnaire obligatoire au verso \*\*\*\*\*

- Syndrome médullaire ou radiculaire aigu  
Préciser les symptômes :  
\_\_\_\_\_

\*\*\*\*\* Médecine nucléaire \*\*\*\*\*

**Scintigraphie pulmonaire V/Q**

- Recherche d'embolie pulmonaire

**Scintigraphie osseuse**

- Recherche d'ostéite

\*\*\*\*\* Tomodensitométrie (TDM/Scan) \*\*\*\*\*

**Tête**

- Recherche de saignement
- Symptôme neurologique aigu  
Préciser les symptômes : \_\_\_\_\_

**Thorax**

- Angioscan pulmonaire – recherche d'embolie pulmonaire (DFGe requis)

**Abdomino-pelvien**

- Recherche d'appendicite (DFGe requis) \*
- Recherche de pancréatite (DFGe requis) \*
- Recherche d'abcès (DFGe requis) \*  
DFGe : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_
- Procéder sans DFGe

**Colonne/Membres**

- Suspicion de fracture à la radiographie

\*\*\*\*\* Autre \*\*\*\*\*

(Justification clinique à valider par un radiologiste) :

**\*\* Les laboratoires doivent être effectués au préalable \*\***

**DÉLAI D'INVESTIGATION**

<24 heures

<48 heures

<72 heures

**NOM DU MÉDECIN/IPS PRESCRIPTEUR**

**SIGNATURE**

**NUMÉRO DE PERMIS**

**TÉLÉPHONE**

**ADRESSE**

**TÉLÉCOPIEZ CETTE REQUÊTE D'IMAGERIE MÉDICALE AU 450 975-5025 POUR LA RADIOLOGIE OU AU 450 975-5548 POUR LA MÉDECINE NUCLÉAIRE**

Pour plus d'information, vous référez à la page de l'imagerie médicale sur [lavalensanté.com](http://lavalensanté.com) par le biais du code QR ci-joint.



**IMAGERIE MÉDICALE  
INVESTIGATION RAPIDE CONDITION  
SUBAIGUË  
(excluant protocole accueil clinique 1.0)**

Dossier :

CISSSL :

Nom :

Prénom :

RAMQ :

DDN :

Adresse :

Téléphone / cellulaire :

**REVUE DE CONTRE-INDICATION PRÉ EXAMEN EN IRM**

**1. Êtes-vous porteur d'un :**  
**Non**

Oui

- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| • Stimulateur cardiaque?                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Clip sur un anévrisme cérébral?                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Prothèse oculaire ou cochléaire?                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Corps étranger intra oculaire?                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Pompe d'insuline et ou capteur glycémique?      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Neurostimulateur / shunt ventriculopéritonéal ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Implant pénien?                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**2. Y a-t-il du métal dans votre corps (yeux)?**

Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

**3. Avez-vous déjà subi une chirurgie? :**

Oui

Non

- |                                |                          |                          |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Cardiaque? Précisez : _____  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Au cerveau? Précisez : _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Aux yeux? Précisez : _____   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Autres : _____               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**4. Êtes-vous enceinte?**

Nombre de semaines : \_\_\_\_\_

**5. Êtes-vous claustrophobe? :**

(Prévoir la médication PRN)

**6. Avez-vous des allergies ?**

Si oui précisez : \_\_\_\_\_

J'ai revu avec l'infirmière ou le médecin le questionnaire ci-dessus.

Les renseignements sont exacts et je consens à passer l'examen. : Oui  Non

Signature du médecin ou de l'IPS : \_\_\_\_\_ Numéro permis : \_\_\_\_\_

Signature du patient : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_