



IMAGERIE MÉDICALE - Radiologie – Bloc A. RC.198

TOMOGRAPHIE AXIALE SYNCHRONISÉE À L'ECC: COEUR, CORONAIRES, GROS VAISSEAUX  
(Score calcique, CT cardiaque, etc.)

Téléphone : 1 833 622-1309

Courriel : [crv.consultations.cissslav@ssss.gouv.qc.ca](mailto:crv.consultations.cissslav@ssss.gouv.qc.ca)

Télécopieur : 1 833 669-2400

**\*\*Remettre la requête originale à l'utilisateur\*\***

Identification de l'utilisateur

Dossier CISSSL :

Nom, prénom :

RAMQ :

DDN :

Adresse :

Téléphone / cellulaire :

Pour des fins d'accessibilité, l'utilisateur(ère) accepte que pour un examen couvert par la RAMQ, il est possible qu'un partenaire du réseau communique avec lui afin de lui offrir une plage de rendez-vous.

Les informations demandées ci-dessous sont **ESSENTIELLES** à l'exécution de l'examen, à la qualité de l'interprétation et à la sécurité du bénéficiaire.

Nous vous remercions de votre collaboration.

### NÉPHROTOXICITÉ

DFGe requise si présence d'un de ces facteurs de risque :

Facteur de risque/ATCD : Oui  Non  si oui, lequel/lesquels?

ATCD maladie rénale (IRC, antécédent d'IRA, chirurgie rénale, protéinurie) **OU**

Diabétique

DFGe valide dans les 6 derniers mois

DFGe : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Attendre résultat de DFGe  Procéder sans DFGe

### ALLERGIE

L'utilisateur a-t-il une allergie connue à l'iode ?  OUI  NON

Si oui, prescrire la préparation suivante :

- Prednisone 50 mg PO 13h, 7h et 1h avant l'examen
- Diphenhydramine 50 mg PO 1h avant l'examen

### Renseignements cliniques obligatoires :

#### ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX ET CHIRURGICAUX

Oui Non

- Diabète
- Maladie rénale
- Sténose aortique
- Angioplastie coronarienne (tuteur/stent)  
Si oui, spécifiez : \_\_\_\_\_

Autre chirurgie cardiaque / intervention  
Si oui, spécifiez : \_\_\_\_\_

Oui Non

- Bloc AV
- Fibrillation auriculaire, rép. ventriculaire \_\_\_\_ bpm
- Allergie au Métopropol
- Hypersensibilité / allergie à la nitroglycérine
- Prise de Sildenafil ou un médicament similaire
- Historique d'allergie aux substances de contrastes  
Si oui, spécifiez : \_\_\_\_\_
- \*\*Prescription Métopropol donnée à l'utilisateur

\*Acheminez le formulaire de « demande d'intervention ou de traitement en médecine de jour » au # de télécopieur indiqué sur le formulaire de demande.

\*\*Prescription Métopropol donnée à l'utilisateur.

Poids \_\_\_\_\_ Taille \_\_\_\_\_

FC \_\_\_\_\_ bpm TA \_\_\_\_\_ mmHg

\*\*Le Métopropol a été démontré efficace et sécuritaire pour diminuer le rythme cardiaque tout en régularisant le rythme (objectif < 60 bpm, régulier).

S'il n'y a pas de contre-indication, SVP le prescrire à l'utilisateur en 3 doses, la posologie peut varier selon sa FC de base.

Nous suggérons 25mg si RC 55-65bpm ou 50mg si RC ≥ 65bpm, à prendre en comprimé po :

1ère dose le soir précédant le jour de l'examen.

2e dose le matin du jour de l'examen, toute forme de caféine est interdite avant l'examen.

3e dose, doit l'avoir avec lui et la prendre une fois à l'hôpital en médecine de jour.

J'ai revu avec le médecin le questionnaire ci-dessus. Les renseignements sont exacts et je consens à passer l'examen. : Oui  Non

Signature de l'utilisateur

#### INFORMATIONS SUR LE MÉDECIN DEMANDEUR

Médecin demandeur :

N° permis :

Adresse :

Prescrit le :

Signature :

CC au Dr :



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 :