

Dossier CISSL :

Nom, prénom :

RAMQ :

DDN :

Adresse :

Téléphone / cellulaire :

- Date du contrôle : \_\_\_\_\_  SOP date : \_\_\_\_\_ Nombre de semaines de grossesse : \_\_\_\_\_
- 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.

**NÉPHROTOXICITÉ**

**ALLERGIE**

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

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

**Angiographie – Tomodensitométrie (scan)**

Tomodensitométrie (scan)

Angiographie\*\*

Région : \_\_\_\_\_

Interventions radiologiques\*\*

Autres : \_\_\_\_\_

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

**Échographie (Ces examens sont couverts par la RAMQ dans les laboratoires d'imagerie médicale)**

Abdominale

Rénale

Pelvienne (B-hCG sérique : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_)

Obstétricale

Routine (vers la 21<sup>e</sup> semaine) DDM : \_\_\_\_ DPA : \_\_\_\_

\_\_\_\_ semaines

Amniocentèse (groupe sanguin)  positif  négatif

Thyroïde

Biopsie de la Thyroïde

Testiculaire

Surface, site : \_\_\_\_\_

Doppler artériel cervico-encéphalique

Doppler veineux (R/O TPP)

Autres : \_\_\_\_\_

**Fluoroscopie** (Seule les demandes d'examen baryté pré-op / post-op seront considérées) Gorgée barytée modifiée: Télécopier la prescription au service d'orthophonie au 450-975-5011

Urétrographie

Sialographie

Autres : \_\_\_\_\_

Fluoroscopie pulmonaire

Cystographie mictionnelle

**Renseignements cliniques pertinents obligatoires:**

**INFORMATIONS SUR LE MÉDECIN DEMANDEUR**

Médecin demandeur :

N° permis :

Adresse :

Prescrit le :

Signature :

CC au Dr :

Le personnel de la centrale de rendez-vous communiquera avec vous pour vous attribuer un rendez-vous.

### TOMODENSITOMÉTRIE (SCAN) :

**Examen avec injection d'opacifiant :** Être à jeun 2 heures avant l'examen

**Entéroscan :** Être à jeun 6 heures avant l'examen

### ÉCHOGRAPHIE :

**Abdominale :** Être à jeun 4 heures avant l'examen

**Abdominale et Pelvienne :** Être à jeun 4 heures avant l'examen  
Boire 500 ml d'eau 1 heure avant l'examen  
Ne pas uriner

**Amniocentèse :** Boire 500 ml d'eau 1 heure avant l'examen  
Ne pas uriner  
Apportez vos rapports d'examens antérieurs en lien avec cette grossesse

**Obstétricale :** Boire 500 ml d'eau avant l'examen  
Ne pas uriner  
Apportez vos rapports d'examens antérieurs en lien avec cette grossesse

**Pelvienne :** Boire 500 ml d'eau 1 heure avant l'examen  
Ne pas uriner

**Rénale :** Être à jeun 2 heures avant l'examen  
Boire 250 ml d'eau 1 heure avant l'examen

- Si vous êtes dans l'impossibilité de vous présenter à votre rendez-vous que nous vous avons attribué, veuillez contacter la centrale de rdv pour le déplacer.
- Le jour de votre rendez-vous, ayez en mains votre requête originale, votre carte d'assurance maladie et votre carte de l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé.
- Nous vous prions d'apporter un sac pour ranger vos vêtements lors de votre rendez-vous.
- Si vous devez annuler ou modifier votre rendez-vous, il est important de nous aviser le plus rapidement possible avant la date prévue au 1 833 622-1309.

- 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.

