

IMAGERIE MÉDICALE - Radiologie

Courriel : crv.consultations.ciessler@ssss.gouv.qc.ca

Télécopieur: 1 833 669-2400

Pour rendez-vous urgent < 72h :

Utilisez la requête « Investigation rapide condition subaiguë »

****Remettre la requête originale à l'usager****

Identification de l'usager

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'usager(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'usager 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

Tomodensitométrie (scan)

Angiographie **

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

Région : _____

Niveaux à préciser si colonne dorsale : _____

Intervention Radiologique **: _____

Intervention Radiologique : _____

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^e 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 / IPS DEMANDEUR

Médecin / IPS 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 au rendez-vous que nous vous avons attribué, que vous désirez annuler ou modifier votre rendez-vous, veuillez contacter la centrale de rdv le plus rapidement possible au 1 833 622-1309.
- Le jour de votre rendez-vous, apporter votre requête originale et votre carte d'assurance maladie.
- Nous vous prions d'apporter un sac pour ranger vos vêtements lors de votre rendez-vous.

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

