

Téléphone : 1 833 622-1309

Courriel ou télécopieur pour rendez-vous EXTERNE > 72h :

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

1 833 669-2400

Courriel ou télécopieur pour rendez-vous URGENT < 72h :

requete.radiologie.ciessler@ssss.gouv.qc.ca

450-975-5025

Remettre la requête originale à l'utilisateur

IDENTIFICATION DE L'USAGER

Numéro de dossier du CISSS de Laval :

Nom et prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Numéro de la carte d'assurance maladie :

Téléphone principal :

Téléphone secondaire :

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.

Date du contrôle :

SOP date :

Nombre de semaines de grossesse :

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

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

Abdominale

Rénale

Pelvienne

Obstétricale

Routine (vers la 21^e semaine) DDM : ____ DPA : ____

____ semaines (renseignements cliniques obligatoires)

Amniocentèse (groupe sanguin) positif négatif

Thyroïde

Biopsie de la Thyroïde (fournir rapport d'écho antérieur < 1an)

Testiculaire

Doppler artériel cervico-encéphalique

Doppler veineux (R/O TPP)

Autres : _____

FLUOROSCOPIE (Seul 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:

Signature du médecin ou de l'IPS :

Numéro permis:

Date :

Adresse :

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

TOMODENSITOMÉTRIE (SCAN) :

Examen avec injection de substance de contraste : 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

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

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

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

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

- 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 main 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.

- Pour les examens de résonance magnétique, utilisez le formulaire CSL # 64-610-010.
- Pour les examens de mammographie, utilisez le formulaire CSL # 69-750-585.
- Pour les examens de radiographie standard sans rendez-vous, utilisez le formulaire CSL # 69-750-587