



DEMANDE D'EXAMEN RADIOGRAPHIE ET RADIOSCOPIE
IMAGERIE MÉDICALE

**LE DÉLAI DE RENDEZ-VOUS SERA DÉTERMINÉ APRÈS ÉVALUATION PAR L'ÉQUIPE D'IMAGERIE MÉDICALE ET SELON LES
 DISPONIBILITÉS DU PLATEAU TECHNIQUE.**

| | | | |
|---|--|---|--|
| Provenance de la demande : | | Mobilité : | Lieu de l'examen : |
| <input type="checkbox"/> Hospitalisée | <input type="checkbox"/> Urgence | <input type="checkbox"/> Ambulant | <input type="checkbox"/> Première disponibilité |
| <input type="checkbox"/> Soins ambulatoires | <input type="checkbox"/> Consultations externe | <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant | <input type="checkbox"/> HEJ <input type="checkbox"/> HSS <input type="checkbox"/> L'HDQ |
| <input type="checkbox"/> Clinique médicale extérieure | <input type="checkbox"/> Réseau accessibilité médicale | <input type="checkbox"/> Civière <input type="checkbox"/> Lit | <input type="checkbox"/> CHUL <input type="checkbox"/> HSFA |
| | | <input type="checkbox"/> Chevet | |

Précautions additionnelles : Non Oui Ne sais pas
Si oui, préciser : Aérienne Gouttelettes/contact Contact Contact renforcé autre _____
Niveau de priorité MSSS : Urgent (0 à 24 heures) A (1-3 jours) B (4-10 jours) C (11-28 jours)
 D (moins de 3 mois) _____ E (plus de 3 mois) _____ Contrôle (aaaa/mm/jj) : _____
EXAMEN(S) DEMANDÉ(S) : _____

Indications cliniques et question à laquelle l'examen doit répondre : _____

L'utilisateur a-t-il bénéficié d'un examen de la même région anatomique dans un autre milieu ? Non Oui
Si oui, dans quel établissement : _____ **Type d'examen :** IRM TDM ÉCHO
Réaction(s) à un produit de contraste iodé : Non Oui Si oui, compléter la préparation allergie aux produits de contraste
Type de réaction(s) : Urticaire Rougeur Difficulté respiratoire
 Choc anaphylactique Autre : _____

ANALYSES DE LABORATOIRE

| | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Culture: _____ | <input type="checkbox"/> Décompte cellulaire (LIQH) | <input type="checkbox"/> Cholestérol (CHOLL) |
| <input type="checkbox"/> Culture de pus superficielle (aérobie) (PUSUP) | <input type="checkbox"/> Cytologie | <input type="checkbox"/> Glucose (GLUL) |
| <input type="checkbox"/> Culture de pus profond (aérobie et anaérobie) (PUPRO) | <input type="checkbox"/> Ponction lombaire: Remplir CQ1457 | <input type="checkbox"/> LDH (LDHL) |
| <input type="checkbox"/> Culture mycose profonde (Champignon) (MYCOP) | <input type="checkbox"/> Albumine (ALBL) | <input type="checkbox"/> pH (PHLIQ) |
| <input type="checkbox"/> Culture BK (Mycobactéries) (BK) | <input type="checkbox"/> Amylase (AMYL) | <input type="checkbox"/> Protéines (PROTL) |
| Autre: _____ | <input type="checkbox"/> Bilirubine (BILIL) | <input type="checkbox"/> Triglycérides (TRIGL) |

Médecin demandeur Nom : _____ Prénom : _____
 N° de permis : _____ Signature : _____ Date (aaaa/mm/jj) : _____
 c. c. : _____ Heure (hh:mm) : _____