OIS-M DEMANDE D'EXAMEN IMAGERIE MÉDICALE
DRAINAGE-PONCTION D'ASCITE

POIDS : _____ **kg** **TAILLE :** _____ **cm** **SURFACE CORPORELLE :** _____ **m²**

ALLERGIES : _____ **INTOLÉRANCES** : _____

SI CETTE DEMANDE D'EXAMEN VOUS A ÉTÉ ACHEMINÉE PAR ERREUR, MERCI DE LA RETOURNER A L'ACCUEIL DE L'IMAGERIE MÉDICALE DE VOTRE INSTALLATION/HÔPITAL

Numéro de télécopieur : 418 525-4180 Adresse courriel : ram.im@chudequebec.ca

Provenance de la demande	**Mobilité**	**Lieu de l'examen**
☐ Hospitalisée ☐ Externe (hors CHU) ☐ Urgence Consultation externe	☐ Ambulant ☐ Fauteuil roulant ☐ Civière ☐ Lit ☐ Chevet	☐ Première disponibilité ☐ HEJ ☐ HSFA ☐ HDQ ☐ CHUL ☐HSS

Précautions additionnelles : ☐ Non ☐ Contact ☐ Gouttelettes/contact ☐Contact renforcées ☐ Aériennes ☐ Autres : _____

Niveau de priorité du MSSS (OBLIGATOIRE): ☐ **A (0-3 jours)** ☐ **B (4-10 jours)** ☐ **C (11-28 jours)** ☐ **D (moins de 3 mois)**

☐ **À revoir au besoin (PRN)** ☐ **Intervalle entre les drainages :** _____

EXAMEN(S) DEMANDÉ (S) :

☐ **Ponction d'ascite diagnostique avec analyses**, sans drainage (Remplir la section ci-dessous)

☐ **Drainage d'ascite** :

☐ **Sans administration d'albumine** ☐ **Avec administration d'albumine***

☐ Quantité maximale à retirer, précisez le nombre de litre(s) : _____

ou

☐ Autre directive concernant le drainage d'ascite :_____

*Avec administration d'albumine, individualiser l'ordonnance ci-dessous, compléter et joindre le formulaire de consentement à la transfusion de produits sanguins labiles ou dérivés du plasma humain - DT9495.

INDICATION(S) CLINIQUE(S) :

_____

_____

_____

_____

ANALYSES DE LABORATOIRE À COMPLÉTER AU BESOIN ID Clinique _____

☐ ALBBI **Albumine;** Liquide biologique	☐ CHOBI **Cholesterol;** Liquide Biologique	☐ LDBI **Lactate déshydrogénase;** Liquide biologique	☐ TPBI **Protéines;** Liquide biologique
☐ AMYBI **Amylase;** Liquide biologique	☐ LIQBI **Culture aérobie;** Liquide biologique	☐ PCRTB **Mycobacterieum**	☐ TRIBI **Triglycérides;** Liquide biologique
☐ BILBI **Bilirubine;** Liquide biologique	☐ Cytologie	☐ CYNBL **Numération cellulaire**; Liquide biologique	Autre : _____
☐ CMYC1 **Champignon; Culture**	☐ GLUBI **Glucose;** Liquide biologique	☐ PHBI **pH**; Liquide biologique	

Concentration Albumine	**Volume**	**Directives (nombre de grammes par litre retiré)**	**Débit**
☐ 25%	☐ 100 ml (25g)		15 premières minutes : 1 ml/min (60 ml/h) Par la suite : ☐ Albumine 25 % :_____ (max 120 ml/h) ☐ Risque de surcharge volumique : débit 60 ml/h

Lorsque l'administration d'albumine est indiquée, il est recommandé d'administer 6 à 8 g d'albumine à 25% par litre de liquide retiré, lorsque le volume de drainage est plus de 5 litres.

Signature médicale (ou autorisée) : _____ **N° de permis**_____

C.C. : _____ **DATE** (aaaa/mm/jj) : _____/_____/_____ **HEURE** (hh:mm) : _____:_____

Acceptation au comité de pharmacologie :

Réinitialiser Imprimer