

**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 ☐ Hospitalisée ☐ Externe (hors CHU) ☐ Urgence Consultation externe	Mobilité ☐ Ambulant ☐ Fauteuil roulant ☐ Civière ☐ Lit ☐ Chevet	Lieu de l'examen ☐ 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 : _____	INDICATION(S) CLINIQUE(S) : _____ _____ _____ _____
--	--

*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.

ANALYSES DE LABORATOIRE À COMPLÉTER AU BESOIN

☐ Albumine (ALBL)	☐ Cytologie	☐ Décompte cellulaire (MICLX)	☐ Protéines (PROTL)
☐ Amylase (AMYL)	☐ Culture BK (Mycobactéries) (BKQ)	☐ Glucose (GLUL)	☐ Triglycérides (TRIGL)
☐ Bilirubine (BILIL)	☐ Culture liquide d'ascite (LASM)	☐ LDH (LDHL)	Autre : _____
☐ Cholestérol (CHOLL)	☐ Culture mycose profonde (MYCOP)	☐ pH (PHLIQ)	

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'administrer 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 :