

## DEMANDE D'EXAMEN DE TOMODENSITOMÉTRIE (TDM)

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.

L'usager autorise le Centre de Rendez-vous à envoyer des  
communications automatisées via ses coordonnées personnelles.  
 Cellulaire: \_\_\_\_\_  
 Courriel: \_\_\_\_\_

<b>Provenance de la demande</b> <input type="checkbox"/> Hospitalisée <input type="checkbox"/> Urgence <input type="checkbox"/> Externe	<b>Mobilité</b> <input type="checkbox"/> Ambulant <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant	<b>Lieu de l'examen</b> <input type="checkbox"/> Première disponibilité <input type="checkbox"/> HEJ <input type="checkbox"/> HSFA <input type="checkbox"/> HDQ <input type="checkbox"/> HSS <input type="checkbox"/> CHUL
--	--	--

Précautions additionnelles :  Non  Contact  Gouttelettes/contact  Contact renforcées  Aériennes  
 Autre : \_\_\_\_\_

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

Contrôle (aaaa/mm/jj) : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  Projet de recherche \_\_\_\_\_

EXAMEN(S) DEMANDÉ(S): \_\_\_\_\_

INDICATION(S) CLINIQUE(S): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Hypersensibilité à un agent de  
contraste iodé ?  Non  Oui

Type de réaction(s)

Urticaire  
 Rougeur  
 Difficulté respiratoire  
 Choc anaphylactique  
 Autre \_\_\_\_\_  
(Voir préparation au verso)

Poids de l'usager : \_\_\_\_\_ kg \_\_\_\_\_ lb

<b>Créatininémie obligatoire si un des facteurs de risque NIACI présent</b>	
<input type="checkbox"/> Aucun facteur de risque présent confirmé par: _____ (initiales obligatoires)	
<b>Usager AMBULATOIRE</b>	<b>Usager secteur URGENCE ou HOSPITALISÉ</b>
<input type="checkbox"/> Maladie rénale <input type="checkbox"/> Porteur de greffon rénal <input type="checkbox"/> Si recommandé de voir un spécialiste des maladies rénales	<input type="checkbox"/> 70 ans et plus <input type="checkbox"/> Chimiothérapie (cancer actif en cours de traitement ou traitement dans les 6 dernières semaines) <input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> Maladie cardiaque <input type="checkbox"/> Maladie rénale, porteur de greffon rénal, recommandé de voir un spécialiste des maladies rénales
<b>Résultat de la DFG(e) ou créatininémie</b>	
Créatininémie : _____ mcmol/l      DFG(e) : _____ ml/min/1.73 m <sup>2</sup> Date (aaaa/mm/jj) : _____ / _____ / _____	
(Usager AMBULATOIRE valide dans le dernier 6 mois) ou (Usager URG ou HOSPI valide dans les derniers 7 jours) <input type="checkbox"/> Si non disponible, créatininémie prescrite pour l'examen	

MÉDECIN DEMANDEUR Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
N° de permis : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_ Date (aaaa/mm/jj) : \_\_\_\_\_  
c. c. : \_\_\_\_\_ Heure (hh:mm) : \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

(      )

**DEMANDE D'EXAMEN  
DE TOMODENSITOMÉTRIE (TDM)**

À détruire  
D.I.C. : 3-4-4  
Page 1 de 2

**\*\*\*À TITRE INFORMATIF\*\*\*****1. Préparation pour les allergies aux agents de contraste iodé**

IMPORTANT : si doute d'allergie sévère antérieure ou choc anaphylactique, consulter le radiologue responsable avant de débuter la préparation

Préparation non-urgente	Préparation semi-urgente	Préparation urgente
<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Prednisone</b> 50 mg PO 13 h, 7 h et 1 h avant l'heure prévue de l'examen.</li> <li><b>Diphenhydramine</b> (Bénadryl<sup>MD</sup>) 50mg PO 1 heure avant l'heure prévue de l'examen.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>(entre 13 h et 4 h avant l'examen) ou si aucun médicament par voie orale possible.</li> <li><b>Méthylprednisolone</b> (SoluMEDROL<sup>MD</sup>) 40 mg IV 4 heures avant la procédure X 1 dose <b>ET</b></li> <li><b>Diphenhydramine</b> (Bénadryl<sup>MD</sup>) 50 mg IV 1 heure avant la procédure</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>(moins de 4 heures avant l'examen)</li> <li>***Consulter le radiologue responsable avant de débuter la préparation</li> <li><b>Diphenhydramine</b> (Bénadryl<sup>MD</sup>) 50 mg IV 1 heure avant l'examen</li> </ul>

\*Corticostéroïde non recommandé pour cette situation

**2. Protocole de prévention de la néphropathie induite par un agent de contraste iodé (NIACI)**

Usager ambulatoire avec <b>DFG(e) inférieur à 30 ml/min/1,73m<sup>2</sup></b>	Usager hospitalisé ou de l'urgence avec <b>DFG(e) supérieur à 30 et inférieur ou égal à 60 ml/min/1,73 m<sup>2</sup></b>
<p><i>Le radiologue et le médecin requérant évaluent les risques/bénéfices. Si l'examen requiert un agent de contraste iodé ; <b>Prise en charge au CHU de Québec-UL.</b></i></p> <p><b>Au médecin requérant ou à la pharmacie communautaire, il est recommandé de :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Cesser la metFORMINE (contre-indiquée à &lt;30 ml/min)</li> <li>Omettre diurétiques de l'anse (furosémide, bumétanide, acide éthacrylique) et métolazone le jour de l'examen</li> <li>Contrôle de la créatinine : prélèvement 5 jours post-examen. Le patient se présente avec son ordonnance au centre de prélèvement de son choix.</li> </ul>	<p><b>Usager hospitalisé ou de l'urgence avec DFG(e) supérieur à 30 et inférieur ou égal à 60 ml/min/1,73 m<sup>2</sup></b></p> <p><i>Le radiologue et le médecin requérant évaluent les risques/bénéfices. Si l'examen requiert un agent de contraste iodé ;</i></p> <p><b>Remplir l'ordonnance pré-imprimée afin d'entamer la conduite recommandée :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Faire boire 500 ml d'eau pré-examen</li> <li>Omettre diurétiques de l'anse (furosémide, bumétanide, acide éthacrylique) et métolazone le jour de l'examen</li> <li>Hydratation intraveineuse (sur l'ordonnance pré-imprimée): <ul style="list-style-type: none"> <li><b>NaCl 0,9% : 3 ml/kg/heure pour 1 heure pré-examen (maximum : 300 ml); puis 1,5 ml/kg/heure pour 4 heures post-examen</b> (maximum 150 ml/heure) suivant le retour de l'usager à l'unité de soins après l'examen.</li> <li>Cesser la metFORMINE le jour de l'examen. Reprise à évaluer par médecin traitant (contre-indiquée à &lt;30 ml/min).</li> <li>Omettre diurétiques de l'anse (furosémide, bumétanide, acide éthacrylique) et ou métolazone le jour de l'examen.</li> <li>Contrôle de la créatinine : prélèvement 48 heures post-examen.</li> </ul> </li> </ul>

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