

## DEMANDE D'EXAMEN DE TOMODENSITOMÉTRIE (TDM)

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

☐ L'utilisateur 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'utilisateur :** \_\_\_\_ kg \_\_\_\_ lb

### Créatininémie obligatoire si un des facteurs de risque NIACI présent

☐ Aucun facteur de risque présent confirmé par: \_\_\_\_\_ (initiales obligatoires)

#### Usager AMBULATOIRE

- ☐ Maladie rénale  
☐ Porteur de greffon rénal  
☐ Si recommandé de voir un spécialiste  
des maladies rénales

#### Usager secteur URGENCE ou HOSPITALISÉ

- ☐ 70 ans et plus  
☐ Chimiothérapie (cancer actif en cours de traitement  
ou traitement dans les 6 dernières semaines)  
☐ Diabète  
☐ Maladie cardiaque  
☐ Maladie rénale, porteur de greffon rénal,  
recommandé de voir un spécialiste des maladies rénales

#### Résultat de la DFG(e) ou créatininémie

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)

☐ 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) : \_\_\_\_:\_\_\_\_

( )

\*\*\*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 radiologiste responsable avant de débiter 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>	<p>(entre 13 h et 4 h avant l'examen) ou si aucun médicament par voie orale possible.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Méthylprednisolone</b> (SoluMEDROL<sup>MD</sup>) 40 mg IV 4 heures avant la procédure X 1 dose</li> </ul> <p><b>ET</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Diphenhydramine</b> (Bénadryl<sup>MD</sup>) 50 mg IV 1 heure avant la procédure</li> </ul>	<p>(moins de 4 heures avant l'examen)</p> <p><b>***Consulter le radiologiste responsable avant de débiter la préparation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Diphenhydramine</b> (Bénadryl<sup>MD</sup>) 50 mg IV 1 heure avant l'examen</li> </ul> <p><small>*Corticostéroïde non recommandé pour cette situation</small></p>

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

Usager ambulatoire avec DFG(e) inférieur à 30ml/min/1,73m <sup>2</sup>	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>
<p><i>Le radiologiste et le médecin requérant évaluent les risques/bénéfices. Si l'examen requiert un agent de contraste iodé ; Prise en charge au CHU de Québec-UL.</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 éthacrynique) 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 avec DFG(e) inférieur à 30ml/min/1,73m<sup>2</sup></b></p> <p><i>Le radiologiste 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>○ 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</b> (maximum : 300 ml); <b>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> </ul> </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 éthacrynique) et ou métolazone le jour de l'examen.</li> <li>○ Contrôle de la créatinine : prélèvement 48 heures post-examen.</li> </ul>

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