**DEMANDE D'EXAMEN RADIOGRAPHIE ET RADIOSCOPIE**
**IMAGERIE MÉDICALE**

**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.**

| **Provenance de la demande** | **Mobilité** | **Lieu de l'examen** |
|---|---|---|
| ☐ Hospitalisée ☐ Urgence ☐ Externe | ☐ Ambulant ☐ Fauteuil roulant | ☐ Première disponibilité<br>☐ HEJ ☐ HSFA ☐HDQ ☐ HSS ☐ CHUL |

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

**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): _____/_____/_____**

**EXAMEN(S) DEMANDÉ(S) :** _____

_____

_____

_____

**INDICATION(S) CLINIQUE(S) :**

_____

_____

_____

_____

**Hypersensibilité à un agent 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** **ID clinique :**

| | | |
|---|---|---|
| ☐ BKX1 Mycobacterium : Culture<br>☐LIQBI Liquide bio; Culture aérobie et anaérobie<br>☐ PUSP Plaie; Culture<br>☐ PUPRA Pus profond; Culture aérobie et anaérobie<br>☐ CMYC1 Champignon; Culture<br>☐ PCRTB Mycobacterium<br>☐ Autre: _____<br>☐ Cytologie<br>☐ Ponction lombaire: Remplir CQ1457 | ☐Albumine<br>☐ ALBBI Albumine; Liquide biologique<br>☐ ALBPE Albumine; Liquide péritonéale<br>☐ AMYBI Amylase; Liquide biologique<br>☐ AMYPC Amylase; Liquide péricardique<br>☐ AMYPL Amylase; Liquide pleural<br>☐ BILBI Bilirubine<br>☐ CHOBI Cholestérol; Liquide biologique<br>☐Décompte cellulaire- Liquide biologique :<br>☐ CYNBA LBA<br>☐ CYNLC LCR<br>☐ CYNPC Liq. Péricardique<br>☐ CYNPE Liq. Péritonéal<br>☐ CYNSY Liq. Synovial<br>☐ CYNBL Liq. bio autre<br>☐ CYNPL Décompte cellulaire-Liquide pleural | ☐GLUBI Glucose; Liquide biologique<br>☐ LDBI Lactate déshydrogénase; Liquide biologique<br>☐ PHBI pH; Liquide biologique<br>☐ TPBI Protéines; Liquide biologique<br>☐ TRIBI Triglycérides; Liquide biologique |

**MÉDECIN DEMANDEUR** Nom : _____ Prénom : _____

N° de permis : _____ Signature : _____ Date (aaaa/mm/jj) :_____

c. c. : _____ Heure (hh:mm) **:** _____:_____

( )



**Réinitialiser** **Imprimer**