

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 <input type="checkbox"/> Hospitalisée <input type="checkbox"/> Urgence <input type="checkbox"/> Externe	Mobilité <input type="checkbox"/> Ambulant <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant	Lieu de l'examen <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
 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

<input type="checkbox"/> Culture liquide d'ascite (LASM) <input type="checkbox"/> Culture liquide pleural (LPLEM) <input type="checkbox"/> Culture de pus superficiel (PUSUP) <input type="checkbox"/> Culture de pus profond (PUPRO) <input type="checkbox"/> Culture mycose profonde (Champignon) (MYCOP) <input type="checkbox"/> Culture BK (Mycobactéries) <input type="checkbox"/> Autre: _____	<input type="checkbox"/> Albumine (ALBL) <input type="checkbox"/> Amylase (AMYLL) <input type="checkbox"/> Bilirubine (BILIL) <input type="checkbox"/> Cholestérol (CHOLL) <input type="checkbox"/> Cytologie <input type="checkbox"/> Décompte cellulaire- liquide biologique (LIQH) <input type="checkbox"/> Décompte cellulaire - liquide pleural (LPLEH) <input type="checkbox"/> Ponction lombaire: Remplir CQ1457	<input type="checkbox"/> Glucose (GLUL) <input type="checkbox"/> LDH (LDHL) <input type="checkbox"/> pH (PHLIQ) <input type="checkbox"/> Protéines (PROTL) <input type="checkbox"/> Triglycérides (TRIGL)
---	--	---

MÉDECIN DEMANDEUR Nom : _____ Prénom : _____

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

C. C. : _____ Heure (hh:mm) : _____ : _____

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

()

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

À détruire
D.I.C.: 3-4-4
Page 1 de 1