

**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.

<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
<b>Précautions additionnelles:</b> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Contact <input type="checkbox"/> Gouttelettes/contact <input type="checkbox"/> Contact renforcées <input type="checkbox"/> Aériennes <input type="checkbox"/> Autres : _____		
<b>Niveau de priorité MSSS (OBLIGATOIRE) :</b> <input type="checkbox"/> A (0-3) jours <input type="checkbox"/> B (4-10 jours) <input type="checkbox"/> C (11-28 jours) <input type="checkbox"/> D (moins de 3 mois)		
<input type="checkbox"/> Contrôle (aaaa/mm/jj): _____/_____/_____		
<b>EXAMEN(S) DEMANDÉ(S) :</b> _____ _____ _____		
<b>INDICATION(S) CLINIQUE(S) :</b> _____ _____ _____		
<b>Hypersensibilité à un agent de contraste iodé :</b> <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui, compléter la préparation allergie aux produits de contraste		
<b>Type de réaction(s) :</b> <input type="checkbox"/> Urticaire <input type="checkbox"/> Rougeur <input type="checkbox"/> Difficulté respiratoire <input type="checkbox"/> Choc anaphylactique <input type="checkbox"/> Autre : _____		
<b>ANALYSES DE LABORATOIRE</b>		
<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)
<b>MÉDECIN DEMANDEUR</b> 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 DISPONIBILITÉS DU PLATEAU TECHNIQUE.		

( )