

DEMANDE D'EXAMEN RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

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

Provenance de la demande	Mobilité	Lieu de l'examen
<input type="checkbox"/> Hospitalisée <input type="checkbox"/> Urgence <input type="checkbox"/> Externe	<input type="checkbox"/> Ambulant <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant <input type="checkbox"/> Civière <input type="checkbox"/> Lit	<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 Oui Ne sais pas
Si oui, préciser : Aérienne Gouttelettes/contact Contact Contact renforcé Autre _____

Niveau de priorité MSSS (OBLIGATOIRE)

Urgent (0 à 24 heures) A (0-3 jours) B (4-10 jours) C (11-28 jours) D (moins de 3 mois) _____
 E (plus de 3 mois) _____ Contrôle (aaaa/mm/jj): _____ Projet de recherche : _____

EXAMEN(S) DEMANDÉ(S): _____

INDICATIONS CLINIQUES : _____

Réaction(s) à un agent de contraste iodé ?

Non Oui

Si oui, préciser le type de réaction?

(Voir préparation au verso)

Médication(s) :

Anticoagulant :

Non Oui/lequel : _____

Antiplaquettaire/AAS :

Non Oui/lequel : _____

Allergie à l'héparine (TIH/HIT) :

Non Oui

Autre allergie: Non Oui/laquelle

Créatininémie obligatoire si un des facteurs de risque NIACI présent	
Usager AMBULATOIRE	Usager secteur URGENCE ou HOSPITALISÉ
<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, si 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 ² Date (aaaa/mm/jj) : _____ / _____ / _____	
(Usager AMBULATOIRE valide dans le dernier 6 mois) (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) : _____
CC : _____ 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 radiologue responsable avant de débuter la préparation

Préparation non-urgente	Préparation semi-urgente	Préparation urgente
<ul style="list-style-type: none"> Prednisone 50 mg PO 13 h, 7 h et 1 h avant l'heure prévue de l'examen. Diphenhydramine (Bénadryl^{MD}) 50mg PO 1 heure avant l'heure prévue de l'examen. 	<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"> Méthylprednisolone (SoluMEDROL^{MD}) 40 mg IV 4 heures avant la procédure X 1 dose <p>ET</p> <ul style="list-style-type: none"> Diphenhydramine (Bénadryl^{MD}) 50 mg IV 1 heure avant la procédure 	<p>(moins de 4 heures avant l'examen)</p> <p>***Consulter le radiologue responsable avant de débuter la préparation</p> <ul style="list-style-type: none"> Diphenhydramine (Bénadryl^{MD}) 50 mg IV 1 heure avant l'examen

*Corticostéroïde non recommandé pour cette situation

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

Usager ambulatoire avec DFG(e) inférieur à 30 ml/min/1,73 m²	Usager hospitalisé ou de l'urgence avec DFG(e) supérieur à 30 et inférieur ou égal à 60 ml/min/1,73 m²
<p><i>Le radiologue 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>Au médecin requérant ou à la pharmacie communautaire, il est recommandé de :</p> <ul style="list-style-type: none"> Cesser la metFORMINE (contre-indiquée à <30 ml/min) Omettre diurétiques de l'anse (furosémide, bumétanide, acide éthacrylique) et métolazone le jour de l'examen Contrôle de la créatinine : prélèvement 5 jours post-examen. Le patient se présente avec son ordonnance au centre de prélèvement de son choix. 	<p>Usager hospitalisé avec DFG(e) inférieur à 30 ml/min/1,73 m²</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>Remplir l'ordonnance pré-imprimée afin d'entamer la conduite recommandée :</p> <ul style="list-style-type: none"> Hydratation intraveineuse (sur l'ordonnance pré-imprimée): <ul style="list-style-type: none"> 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 (maximum 150 ml/heure) suivant le retour de l'usager à l'unité de soins après l'examen. Cesser la metFORMINE le jour de l'examen. Reprise à évaluer par médecin traitant (contre-indiquée à <30 ml/min). Omettre diurétiques de l'anse (furosémide, bumétanide, acide éthacrylique) et ou métolazone le jour de l'examen. Contrôle de la créatinine : prélèvement 48 heures post-examen.