



DEMANDE D'EXAMEN

DE TOMODENSITOMÉTRIE

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

DISPONIBILITÉS DU PLATEAU TECHNIQUE.

Provenance de la demande :

- Hospitalisée Urgence
 Soins ambulatoires Consultations externe
 Clinique médicale extérieure Réseau accessibilité médicale

Mobilité :

- Ambulant Fauteuil roulant
 Civière Lit
 Chevet

Lieu de l'examen :

- Première disponibilité
 HEJ HSS L'HDQ
 CHUL HSFA

Précautions additionnelles : Non Oui Ne sais pas

Si oui, préciser : Aérienne Gouttelettes/contact Contact Contact renforcé Autre _____

Niveau de priorité MSSS

- 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 et question à laquelle l'examen doit répondre : _____

L'usager a-t-il bénéficié d'un examen de la même région anatomique dans un autre milieu ? Non Oui

Si oui : Dans quel établissement ? _____ **Type d'examen** IRM TDM ÉCHO

Réaction(s) à un produit de contraste iodé

Non Oui

Type de réaction(s)

- Urticaire
 Rougeur
 Difficulté respiratoire
 Choc anaphylactique
 Autre _____

(Voir préparation au verso)

Poids du patient : _____ kg _____ lb

Créatininémie obligatoire si un des facteurs de risque présent :

- Plus de 70 ans Septicémie
 Insuffisance rénale Insuffisance cardiaque
 Rein unique Greffe d'organe
 Diabétique Médicaments néphrotoxiques
 Chimio active ou antérieure (6 dernières semaines)

Résultat de la DFG estimé ou créatininémie

Créatininémie : _____ mmol/l

DFG estimé : _____ ml/min/1.73 m²

(Usager externe valide dans le dernier 6 mois)

(Usager hospitalisé valide dans les derniers 72 heures)

Si non disponible, créatininémie prescrite pour l'examen

(Directives au verso pour la prévention de la néphropathie)

Médecin demandeur Nom : _____ Prénom : _____

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

C. C. :

À TITRE INFORMATIF**Préparation pour les allergies aux produits de contraste radiologique:**

IMPORTANT : si doute d'allergie antérieure grave ou de choc anaphylactique, consulter le radiologiste responsable avant de débiter la préparation

Préparation non urgente

Prednisone 50 mg PO 13 h, 7 h et 1 h avant l'heure prévue de l'examen.

DiphenhydrAMINE (Bénadryl^{MD}) 50 mg PO 1 heure avant l'heure prévue de l'examen.

Préparation urgente (plus de 4 heures avant la procédure)

Méthylprednisolone (Solu-MEDROL^{MD}) 40 mg IV aux 4 heures jusqu'à l'examen

DiphenhydrAMINE (Bénadryl^{MD}) 50 mg IV 1 heure avant la procédure

Préparation urgente (4 heures et moins avant la procédure) **consulter le radiologiste responsable avant de débiter la préparation**

DiphenhydrAMINE (Bénadryl^{MD}) 50 mg IV 1 heure avant la procédure

(corticostéroïde non recommandé pour cette situation)

À TITRE INFORMATIF**Protocole de prévention de la néphropathie induite par un agent de contraste iodé (NIACI):**

Patients externes DFG estimé entre 30/min/1.73 m² et 45 ml/min/1.73 m².
(Prise en charge au CHU de Québec-Université Laval)

Patients hospitalisés DFG estimé entre 30/min/1.73 m² et 60 ml/min/1.73 m².

- ✓ Une hydratation intraveineuse est effectuée au CHU de Québec-Université Laval
- ✓ Furosémide (Lasix^{MD}) ou métolazone (Zaroxolyn^{MD}) : Omettre le matin de l'examen
- ✓ Metformine (Glucophage^{MD}) : Omettre le jour et le lendemain de l'examen
- ✓ AINS : Omettre le jour et le lendemain de l'examen
- ✓ Un prélèvement sanguin est recommandé cinq jours post-examen pour un contrôle de la créatininémie.