

IMAGERIE MÉDICALE - Radiologie

Téléphone : 450-975-5530

Télécopieur pour rendez-vous externe : 450-975-5040

Courriel pour rendez-vous externe :

requete.radiologie.cissslav@ssss.gouv.qc.ca

Télécopieur pour rendez-vous urgent < 72h : 450-975-5025

Remettre la requête originale à l'utilisateur

IDENTIFICATION DE L'USAGER

Numéro de dossier du CISSS de Laval :

Nom et prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Numéro de la carte d'assurance maladie :

Téléphone principal :

Téléphone secondaire :

Date du contrôle :

SOP date :

Nombre de semaines de grossesse :

NÉPHROTOXICITÉ

ALLERGIE

DFGe requise si présence d'un de ces facteurs de risque :

ATCD maladie rénale (IRC, antécédent d'IRA, chirurgie rénale, protéinurie) **OU**

Diabétique

DFGe valide dans les 6 derniers mois

DFGe : _____ Date : ____ / ____ / ____

Prise de sang pour DFGe demandée

Usager **NON À RISQUE**

L'utilisateur a-t-il une allergie connue à l'iode ? OUI NON

Si oui, prescrire la préparation suivante :

- Prednisone 50 mg PO 13h, 7h et 1h avant l'examen
- Diphenhydramine 50 mg PO 1h avant l'examen

ANGIOGRAPHIE – TOMODENSITOMÉTRIE (scan) (Préparation au verso)

Tomodensitométrie (scan)

Angiographie**

Interventions radiologiques**

Autres : _____

Région : _____

**Acheminez le formulaire de « demande d'intervention ou de traitement en médecine de jour » au # de télécopieur indiqué sur le formulaire de demande.

ÉCHOGRAPHIE (Préparation au verso)

Abdominale

Rénale

Pelvienne

Obstétricale

Routine (vers la 21^e semaine) DDM : ____ DPA : ____

____ semaines

Amniocentèse (groupe sanguin) positif négatif

Thyroïde

Biopsie de la Thyroïde

Testiculaire

Surface, site : _____

Urgence Musculo-squelettique et articulaire, site : _____

Doppler artériel cervico-encéphalique

Doppler veineux

Autres : _____

FLUOROSCOPIE (Préparation au verso)

Gorgée barytée modifiée: Télécopier la prescription au service d'orthophonie au 450-975-5011

Gorgée barytée - Simple Contraste

Lavement baryté - Simple Contraste

Bloc facettaire droite gauche, niveau : _____

Arthrographie droite gauche, site : _____

Urétrographie

Scialographie

Fluoroscopie pulmonaire

Cystographie mictionnelle

Renseignements cliniques pertinents obligatoires:

Signature :

Numéro de permis du médecin :

Date :

Adresse :

Le personnel de la centrale de rendez-vous communiquera avec vous pour vous attribuer un rendez-vous.

TOMODENSITOMÉTRIE (SCAN) :

Examen avec injection d'opacifiant : Être à jeun 2 heures avant l'examen

Entéroscan : Être à jeun 6 heures avant l'examen

ÉCHOGRAPHIE :

Abdominale : Être à jeun 4 heures avant l'examen

Abdominale et Pelvienne : Être à jeun 4 heures avant l'examen
Boire 500 ml d'eau 1 heure avant l'examen
Ne pas uriner

Amniocentèse : Boire 500 ml d'eau 1 heure avant l'examen
Ne pas uriner
Apportez vos rapports d'examens antérieurs en lien avec cette grossesse

Obstétricale : Boire 500 ml d'eau avant l'examen
Ne pas uriner
Apportez vos rapports d'examens antérieurs en lien avec cette grossesse

Pelvienne : Boire 500 ml d'eau 1 heure avant l'examen
Ne pas uriner

Rénale : Être à jeun 2 heures avant l'examen
Boire 250 ml d'eau 1 heure avant l'examen

FLUOROSCOPIE :

Gorgée barytée – Simple Contraste : Être à jeun 8 heures avant l'examen

Lavement baryté - Simple Contraste : Selon procédure du médecin référent

- Si vous êtes dans l'impossibilité de vous présenter à votre rendez-vous que nous vous avons attribué, veuillez contacter la centrale de rdv pour le déplacer.
- Le jour de votre rendez-vous, ayez en mains votre requête originale, votre carte d'assurance maladie et votre carte de l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé.
- Nous vous prions d'apporter un sac pour ranger vos vêtements lors de votre rendez-vous.

➤ Pour les examens de résonance magnétique, utilisez le formulaire CSL # 64-610-010.

➤ Pour les examens de mammographie, utilisez le formulaire CSL # 69-750-585.

➤ Pour les examens de radiographie standard sans rendez-vous, utilisez le formulaire CSL # 69-750-587