

**IMAGERIE MÉDICALE
INVESTIGATION RAPIDE CONDITION
SUBAIGUË
(excluant protocole accueil clinique 1.0)**

Dossier :
CISSSL :
Nom :
Prénom :
RAMQ :
DDN :
Adresse :
Téléphone / cellulaire :

COCHER L'EXPERTISE D'IMAGERIE MÉDICALE CORRESPONDANT À LA CONDITION CLINIQUE DU PATIENT

- En utilisant cette ordonnance, l'établissement s'engage à respecter le délai prescrit pour l'investigation et de rendre disponible le résultat.
- En utilisant cette ordonnance, je m'engage à être, personnellement ou mon répondant, joignable.

***** Échographie *****

Abdomen

- Recherche d'appendicite
- Recherche de cholécystite
- Recherche de lithiase urinaire obstructive

Pelvienne

- Recherche de grossesse ectopique (B-hCG 24 hrs requis) *
B-hCG sérique : _____ Date : _____
- Saignement du 2^e et 3^e trimestre
- Rupture de kyste ovarien

MSQ

Déchirure du Biceps distal Tendon d'Achille

***** Résonance magnétique (IRM) *****

***** Questionnaire obligatoire au verso *****

Colonne lombaire : Syndrome médullaire Radiculaire aigu
Symptômes :

***** Médecine nucléaire *****

Scintigraphie pulmonaire V/Q

- Recherche d'embolie pulmonaire

Scintigraphie osseuse

- Recherche d'ostéite

Précisez :

***** Tomodensitométrie (TDM/Scan) *****

Tête

- Recherche de saignement
 - Symptôme neurologique aigu
- Préciser :

Thorax

- Angioscan pulmonaire – recherche d'embolie pulmonaire (DFGe requis)

Abdomino-pelvien

- Recherche d'appendicite (DFGe requis) *
- Recherche de pancréatite (DFGe requis) *
- Recherche d'abcès (DFGe requis) *

Info clinique :

DFGe : _____ Date : _____

Procéder sans DFGe

Allergie à l'iode Oui Non

Colonne/Membres

- Suspicion de fracture à la radiographie

Précisez : _____

***** Autre *****

(Justification clinique à valider par un radiologiste) :

**** Les laboratoires doivent être effectués au préalable ****

DÉLAI D'INVESTIGATION

<24 heures

<48 heures

<72 heures

NOM DU MÉDECIN/IPS PRESCRIPTEUR

Médecin/IPS demandeur :

N° permis :

Adresse :

Prescrit le :

Téléphone :

Signature :

TÉLÉCOPIEZ CETTE REQUÊTE D'IMAGERIE MÉDICALE AU 450 975-5025 POUR LA RADIOLOGIE OU AU 450 975-5548 POUR LA MÉDECINE NUCLÉAIRE

Pour plus d'information, vous référez à la page de l'imagerie médicale sur lavalensanté.com par le biais du code QR ci-joint.



**IMAGERIE MÉDICALE
INVESTIGATION RAPIDE CONDITION
SUBAIGUË
(excluant protocole accueil clinique 1.0)**

Dossier :

CISSSL :

Nom :

Prénom :

RAMQ :

DDN :

Adresse :

Téléphone / cellulaire :

REVUE DE CONTRE-INDICATION PRÉ EXAMEN DE RÉSONANCE MAGNÉTIQUE

1. Êtes-vous porteur d'un :

Oui Non

- Stimulateur cardiaque? Oui Non
- Clip sur un anévrisme cérébral? Oui Non
- Prothèse oculaire ou cochléaire? Oui Non
- Corps étranger intra oculaire? Oui Non
- Pompe d'insuline et ou capteur glycémique? Oui Non
- Neurostimulateur / shunt ventriculopéritonéal ? Oui Non
- Implant pénien? Oui Non

2. Y a-t-il du métal dans votre corps (yeux)?

Oui Non

Si oui, précisez : _____

3. Avez-vous déjà subi une chirurgie? :

Oui Non

- Cardiaque? Précisez : _____ Oui Non
- Au cerveau? Précisez : _____ Oui Non
- Aux yeux? Précisez : _____ Oui Non
- Autres : _____ Oui Non

4. Êtes-vous enceinte?

Oui Non

Nombre de semaines : _____

5. Êtes-vous claustrophobe? :

Oui Non

(Prévoir la médication PRN)

6. Avez-vous des allergies ?

Oui Non

Si oui précisez : _____

J'ai revu avec l'infirmière ou le médecin le questionnaire ci-dessus.

Les renseignements sont exacts et je consens à passer l'examen. : Oui Non

Signature du médecin ou de l'IPS : _____ Numéro permis : _____

Signature du patient : _____ Date : _____