

Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval Québec  IMAGERIE MÉDICALE - Radiologie Courriel : crv.consultations.ciessler@ssss.gouv.qc.ca Télécopieur: 1 833 669-2400 Pour rendez-vous urgent < 72h : Utilisez la requête « <i>Investigation rapide condition subaiguë</i> » **Remettre la requête originale à l'usager**	Identification de l'usager Dossier CISSL : Nom, prénom : RAMQ : DDN : Adresse : Téléphone / cellulaire :						
☐ Date du contrôle : _____ ☐ SOP date : _____ Nombre de semaines de grossesse : _____ ☐ Afin d'avoir accès à l'examen demandé dans de plus courts délais, l'usager(ère) accepte qu'un partenaire du réseau hors Laval communique avec lui pour lui offrir un rendez-vous. ☐ Afin d'avoir accès à l'examen demandé dans de plus courts délais, l'usager(ère) accepte que le rendez-vous offert soit la nuit.							
NÉPHROTOXICITÉ DFGe requise si présence d'un de ces facteurs de risque : ☐ ATCD maladie rénale ☐ Diabétique DFGe valide dans les 6 mois pour usager de l'interne DFGe : _____ Date : ____/____/____ ☐ Attendre résultat de DFGe ☐ Procéder sans DGe	ALLERGIE L'usager 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						
Tomodensitométrie (scan) **Acheminez le formulaire « Demande d'intervention ou de traitement en médecine de jour » au # de télécopieur indiqué sur le formulaire de demande ☐ Région : _____ Niveaux à préciser si colonne dorsale : _____ ☐ Intervention Radiologique **: _____	Angiographie ** ☐ Intervention Radiologique : _____						
Échographie (Ces examens sont couverts par la RAMQ dans les laboratoires d'imagerie médicale) ☐ Abdominale ☐ Rénale ☐ Pelvienne (B-hCG sérique : _____ Date : _____) ☐ Obstétricale ☐ Routine (vers la 21^e semaine) DDM : ____ DPA : ____ ☐ ____ semaines ☐ Amniocentèse (groupe sanguin) ☐ positif ☐ négatif ☐ Thyroïde ☐ Biopsie de la Thyroïde ☐ Testiculaire ☐ Surface, site : _____ ☐ Doppler artériel cervico-encéphalique ☐ Doppler veineux (R/O TPP) Autres : _____							
Fluoroscopie (Seule les demandes d'examen baryté pré-op / post-op seront considérées) Gorgée barytée modifiée: Télécopier la prescription au service d'orthophonie au 450-975-5011 ☐ Urétrographie ☐ Sialographie Autres : _____ ☐ Fluoroscopie pulmonaire ☐ Cystographie mictionnelle							
Renseignements cliniques pertinents obligatoires:							
INFORMATIONS SUR LE MÉDECIN / IPS DEMANDEUR <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black; padding: 5px;">Médecin / IPS demandeur :</td> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black; padding: 5px;">N° permis :</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black; padding: 5px;">Adresse :</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; padding: 5px;">Prescrit le :</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black; padding: 5px;">Signature :</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; padding: 5px;">CC au Dr :</td> </tr> </table>		Médecin / IPS demandeur :	N° permis :	Adresse :	Prescrit le :	Signature :	CC au Dr :
Médecin / IPS demandeur :	N° permis :						
Adresse :	Prescrit le :						
Signature :	CC au Dr :						

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

- ➡ Si vous êtes dans l'impossibilité de vous présenter au rendez-vous que nous vous avons attribué, que vous désirez annuler ou modifier votre rendez-vous, veuillez contacter la centrale de rdv le plus rapidement possible au 1 833 622-1309.
- ➡ Le jour de votre rendez-vous, apporter votre requête originale et votre carte d'assurance maladie.
- ➡ Nous vous prions d'apporter un sac pour ranger vos vêtements lors de votre rendez-vous.

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

