

**Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de Laval**



IMAGERIE MÉDICALE - Radiologie – Bloc A. RC.198

TOMOGRAPHIE AXIALE SYNCHRONISÉE À L'ECG: COEUR, CORONAIRES, GROS VAISSEAUX
(Score calcique, CT cardiaque, etc.)

Téléphone : 1 833 622-1309

Courriel : crv.consultations.cisslav@ssss.gouv.qc.ca

Télécopieur : 1 833 669-2400

****Remettre la requête originale à l'usager****

Identification de l'usager

Dossier CISSS :

Nom, prénom :

RAMQ :

DDN :

Adresse :

Téléphone / cellulaire :

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.

Les informations demandées ci-dessous sont ESSENTIELLES à l'exécution de l'examen, à la qualité de l'interprétation et à la sécurité du bénéficiaire.

Nous vous remercions de votre collaboration.

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 DGFe

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

Renseignements clinique obligatoires :

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX ET CHIRURGICAUX

Oui Non

- Diabète
 Maladie rénale
 Sténose aortique
 Angioplastie coronarienne (tuteur/stent)
 Si oui, spécifiez : _____
 Autre chirurgie cardiaque / intervention
 Si oui, spécifiez : _____

Oui Non

- Bloc AV
 Fibrillation auriculaire, rép. ventriculaire _____ bpm
 Allergie au Métropol
 Hypersensibilité / allergie à la nitroglycérine
 Prise de Sildenafil ou un médicament similaire
 Historique d'allergie aux substances de contrastes
 Si oui, spécifiez : _____
 **Prescription Métropol donnée à l'usager

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

**Prescription Métropol donnée à l'usager.

Poids _____ Taille _____

FC _____ bpm TA _____ mmHg

**Le Métropolol a été démontré efficace et sécuritaire pour diminuer le rythme cardiaque tout en régularisant le rythme (objectif < 60 bpm, régulier).

S'il n'y a pas de contre-indication, SVP le prescrire à l'usager en 3 doses, la posologie peut varier selon sa FC de base.

Nous suggérons 25mg si RC 55-65bpm ou 50mg si RC ≥ 65bpm, à prendre en comprimé po :

1ère dose le soir précédent le jour de l'examen.

2e dose le matin du jour de l'examen, toute forme de caféïne est interdite avant l'examen.

3e dose, doit l'avoir avec lui et la prendre une fois à l'hôpital en médecine de jour.

J'ai revu avec le médecin le questionnaire ci-dessus. Les renseignements sont exacts et je consens à passer l'examen. : Oui Non

Signature de l'usager

INFORMATIONS SUR LE MÉDECIN DEMANDEUR

Médecin demandeur :

N° permis :

Adresse :

Prescrit le :

Signature :

CC au Dr :



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