



IMAGERIE MÉDICALE - Radiologie – Bloc A. RC.198

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

Téléphone : 1 833 622-1309

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

Télécopieur : 1 833 669-2400

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

Identification de l'usager

Dossier CISSSL :

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 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

Renseignements clinique obligatoires :

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX ET CHIRURGICAUX

Oui	Non	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diabète
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Maladie rénale
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sténose aortique
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Angioplastie coronarienne (tuteur/stent)
		Si oui, spécifiez : _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autre chirurgie cardiaque / intervention
		Si oui, spécifiez : _____

Oui	Non	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bloc AV
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fibrillation auriculaire, rép. ventriculaire _____ bpm
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Allergie au Métopropol
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hypersensibilité / allergie à la nitroglycérine
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prise de Sildenafil ou un médicament similaire
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Historique d'allergie aux substances de contrastes
		Si oui, spécifiez : _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	**Prescription Métopropol 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 Métopropol donnée à l'usager.

Poids _____ Taille _____

FC _____ bpm TA _____ mmHg

**Le Métopropol 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 précédant le jour de l'examen.

2e dose le matin du jour de l'examen, toute forme de caféine 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 :