

**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) *

Précisez :

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

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

☐ ☐

Si oui, précisez : _____

3. Avez-vous déjà subi une chirurgie? :

Oui Non

- Cardiaque? Précisez : _____ ☐ ☐
- Au cerveau? Précisez : _____ ☐ ☐
- Aux yeux? Précisez : _____ ☐ ☐
- Autres : _____ ☐ ☐

4. Êtes-vous enceinte?

☐ ☐

Nombre de semaines : _____

5. Êtes-vous claustrophobe? :

☐ ☐

(Prévoir la médication PRN)

6. Avez-vous des allergies ?

☐ ☐

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 : _____