

RADIOLOGIE

Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de Laval



IMAGERIE MÉDICALE - Radiologie - Bloc A.RC.198
450-668-1010 poste 23527

Courriel ou télécopieur pour clientèle INTERNE (urgence et hospitalisée) :
requete.radiologie.cissslav@ssss.gouv.qc.ca
450-975-5025

IDENTIFICATION DE L'USAGER

Dossier CISSSL :

Nom, Prénom :

RAMQ :

DDN :

Adresse :

Téléphone / cellulaire :

Date de l'examen :

Heure :

Salle de Rx :

NÉPHROTOXICITÉ

DFGe requise si présence d'un de ces facteurs de risque :

- ☐ ATCD maladie rénale
☐ Diabétique

DFGe valide dans les 7 jours pour usager de l'interne

DFGe : _____ Date : ____ / ____ / ____

- ☐ Attendre résultat de DFGe
☐ Procéder sans DGe

ALLERGIE

L'utilisateur a-t-il une allergie connue à l'iode ? ☐ OUI ☐ NON

Si allergie à l'iode, se référer à l'OC-075

EXAMEN DEMANDÉ :

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES PERTINENTS :

*** Résultat d'un Bêta HCG de moins de 24h requis pour un examen demandé en lien avec une possibilité de grossesse.*

AAAA MM JJ
Date : ____ / ____ / ____

Signature du médecin référent

No de permis

Copie au Dr :

Code-barres - espace réservé à la radiologie