

IMAGERIE MÉDICALE - Radiologie

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

Télécopieur: 1 833 669-2400

Pour rendez-vous urgent < 72h :

Utilisez la requête « Investigation rapide condition subaiguë »

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

Identification de l'usager

Dossier CISSSL :

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

DFGe : _____ Date : ____ / ____ / ____

Attendre résultat de DFGe

Procéder sans DFGe

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)

Angiographie **

****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 **: _____

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 Fluoroscopie pulmonaire Bloc facettaire droit gauche Niveau : _____

Sialographie Cystographie mictionnelle Arthrographie droit gauche Niveau : _____

Autres : _____

Renseignements cliniques pertinents obligatoires:

INFORMATIONS SUR LE MÉDECIN / IPS DEMANDEUR

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 référez à la page de l'imagerie médicale sur lavalensanté.com par le biais du code QR ci-joint.

