

# RADIOLOGIE

Centre intégré  
de santé  
et de services sociaux  
de Laval



IMAGERIE MÉDICALE - Radiologie - Bloc A.RC.198  
450-668-1010 poste 55406

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

## IDENTIFICATION DE L'USAGER

Dossier CISSL :

Nom, Prénom :

RAMQ :

DDN :

Adresse :

Téléphone / cellulaire :

Date de l'examen :	Heure :	Salle de Rx :
<b>NÉPHROTOXICITÉ</b>		<b>ALLERGIE</b>
DFGe requise si présence d'un de ces facteurs de risque : <input type="checkbox"/> ATCD maladie rénale <input type="checkbox"/> Diabétique		L'utilisateur a-t-il une allergie connue à l'iode ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
DFGe valide dans les 7 jours pour usager de l'interne DFGe : _____ Date : ____ / ____ / ____ <input type="checkbox"/> Attendre résultat de DFGe <input type="checkbox"/> Procéder sans DFGe		<b>Si allergie à l'iode, se référer à l'OC-075</b>
<b>EXAMEN DEMANDÉ :</b>		
<b>RENSEIGNEMENTS CLINIQUES PERTINENTS :</b>		
** Résultat d'un Bêta HCG de moins de 24h requis pour un examen demandé en lien avec une possibilité de grossesse.		
Date : ____ / ____ / ____	Signature du médecin référent	No de permis

Copie au Dr :

Code-barres - espace réservé à la radiologie