

## DEMANDE D'EXAMEN ÉCHOGRAPHIE IMAGERIE MÉDICALE

LE DÉLAI DE RENDEZ-VOUS SERA DÉTERMINÉ APRÈS ÉVALUATION PAR L'ÉQUIPE D'IMAGERIE MÉDICALE ET SELON LES DISPONIBILITÉS DU PLATEAU TECHNIQUE.

**Provenance de la demande:**

- Hospitalisée       Urgence  
 Externe

**Mobilité :**

- Ambulant       Fauteuil roulant  
 Civière       Lit  
 Chevet

**Lieu de l'examen :**

- Première disponibilité  
 HEJ    HSS    HDQ    CHUL  
 HSFA    HSFA GYNÉCO

**Précautions additionnelles:**  Non       Oui

**Si oui, précisez :**  Aérienne    Gouttelettes/contact    Contact    Contact renforcé    Autre \_\_\_\_\_

**Niveau de priorité du MSSS (OBLIGATOIRE):**  Urgent (0 à 24 heures)    A (1-3 jours)    B (4-10 jours)    C (11-28 jours)

D (moins de 3 mois)    Contrôle (aaaa/mm/jj) : \_\_\_\_\_

**ÉCHOGRAPHIE(S) DEMANDÉE(S) :**

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Abdominale        | <input type="checkbox"/> Abdominale-pelvienne                                       | <input type="checkbox"/> Surface : _____                  |
| <input type="checkbox"/> Abdo-pelv surface | <input type="checkbox"/> Face et cou  | <input type="checkbox"/> Musculo-squelettique(MSK): _____ |
| <input type="checkbox"/> Pelvienne         | <input type="checkbox"/> Thyroïde   | <input type="checkbox"/> Infiltration MSK : _____         |
| <input type="checkbox"/> Rénale            | <input type="checkbox"/> Pelvienne surface  | <input type="checkbox"/> Biopsie : _____                  |
| <input type="checkbox"/> Testiculaires     | <input type="checkbox"/> Sein <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G | <input type="checkbox"/> *Ponction : _____                |
| <input type="checkbox"/> Autres : _____    | <input type="checkbox"/> Hystérosonographie   |   |

**\*Analyses de laboratoire à compléter**

DOPPLER	Culture BK (Mycobactéries)	Albumine (ALBL)	Glucose (GLUL)
<input type="checkbox"/> Artériel M.I. <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> Artériel M.S. <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G	<input type="checkbox"/> Culture liquide d'ascite	<input type="checkbox"/> Amylase (AMYLL)	<input type="checkbox"/> LDH (LDHL)
<input type="checkbox"/> Veineux M.I. <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> Veineux M.S. <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G	<input type="checkbox"/> Culture liquide synovial	<input type="checkbox"/> Bilirubine (BILIL)	<input type="checkbox"/> pH (PHLIQ)
<input type="checkbox"/> Carotides <input type="checkbox"/> Veineux cervical/jugulaire	<input type="checkbox"/> Culture mycose profonde	<input type="checkbox"/> Cholestérol (CHOLL)	<input type="checkbox"/> Protéines (PROTL)
<input type="checkbox"/> Artère rénale <input type="checkbox"/> Hépatique	<input type="checkbox"/> Culture de pus profond	<input type="checkbox"/> Cytologie	<input type="checkbox"/> Triglycérides (TRIGL)
<input type="checkbox"/> Mésentérique	<input type="checkbox"/> Culture de pus superficiel	<input type="checkbox"/> Culture : _____	
Mapping veineux <input type="checkbox"/> M.I. <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G / <input type="checkbox"/> M.S. <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G	<input type="checkbox"/> Décompte cellulaire (LPLEH)	<input type="checkbox"/> Autres : _____	
<input type="checkbox"/> Pontage abdominal (inclus doppler artériel fémoral)	<input type="checkbox"/> Décompte cellulaire (LASM)		
<input type="checkbox"/> Pontage périphérique : _____	<b>PÉDIATRIE SEULEMENT</b>		
<input type="checkbox"/> Autre : _____	<input type="checkbox"/> Colonne (4 mois de vie et moins) <input type="checkbox"/> Trans-fontanelle		
	<input type="checkbox"/> Hanches (6 semaines à 4 mois de vie)		
	<b>DPA DE LA MÈRE OBLIGATOIRE (aaaa/mm/jj):</b> _____		

**INDICATION(S) CLINIQUE(S):**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**MÉDECIN DEMANDEUR** Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

N° de permis: \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_ Date (aaaa/mm/jj) : \_\_\_\_\_

c. c. : \_\_\_\_\_ Heure (hh:mm) : \_\_\_\_\_