

## DEMANDE D'EXAMEN DE TOMODENSITOMÉTRIE (TDM)

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

<b>Provenance de la demande</b> <input type="checkbox"/> Hospitalisé <input type="checkbox"/> Urgence <input type="checkbox"/> Externe	<b>Mobilité</b> <input type="checkbox"/> Ambulant <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant <input type="checkbox"/> Civière <input type="checkbox"/> Lit	<b>Lieu de l'examen</b> <input type="checkbox"/> Première disponibilité <input type="checkbox"/> HEJ <input type="checkbox"/> HSFA <input type="checkbox"/> HDQ <input type="checkbox"/> HSS <input type="checkbox"/> CHUL
---	---	--

Précautions additionnelles :  Non    Oui    Ne sais pas  
 Si oui, préciser :  Aérienne    Gouttelettes/contact    Contact    Contact renforcé    Autre : \_\_\_\_\_

**Niveau de priorité MSSS (OBLIGATOIRE)**  
 A (0-3 jours)    B (4-10 jours)    C (11-28 jours)    D (moins de 3 mois) \_\_\_\_\_  
 E (plus de 3 mois) \_\_\_\_\_    Contrôle(aaaa/mm/jj) : \_\_\_\_\_    Projet de recherche : \_\_\_\_\_

**EXAMEN(S) DEMANDÉ(S):** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**INDICATIONS CLINIQUES:** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Réaction(s) à un agent de contraste iodé ?  Non    Oui

**Type de réaction(s)**  
 Urticaire  
 Rougeur  
 Difficulté respiratoire  
 Choc anaphylactique  
 Autre \_\_\_\_\_  
 (Voir préparation au verso)

Poids de l'usager : \_\_\_\_\_ kg   \_\_\_\_\_ lb

### Créatininémie obligatoire si un des facteurs de risque NIACI présent

**Usager AMBULATOIRE**

- Maladie rénale
- Porteur de greffon rénal
- Si recommandé de voir un spécialiste des maladies rénales

**Usager secteur URGENCE ou HOSPITALISÉ**

- 70 ans et plus
- Chimiothérapie (cancer actif en cours de traitement ou traitement dans les 6 dernières semaines)
- Diabète
- Maladie cardiaque
- Maladie rénale, porteur de greffon rénal, recommandé de voir un spécialiste des maladies rénales

**Résultat de la DFG(e) ou créatininémie**

Créatininémie : \_\_\_\_\_ mcmol/l   DFG(e) : \_\_\_\_\_ ml/min/1.73 m<sup>2</sup>  
 Date (aaaa/mm/jj) : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

(Usager AMBULATOIRE valide dans le dernier 6 mois)  
 (Usager URG ou HOSPI valide dans les derniers 7 jours)

Si non disponible, créatininémie prescrite pour l'examen

**MÉDECIN DEMANDEUR** Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
 N° de permis : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_ Date (aaaa/mm/jj) : \_\_\_\_\_  
 c. c. : \_\_\_\_\_ Heure (hh:mm) : \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

Nom :

Prénom :

# Dossier :

**\*\*\*À TITRE INFORMATIF\*\*\***

**1. Préparation pour les allergies aux agents de contraste iodé**

**IMPORTANT :** si doute d'allergie sévère antérieure ou choc anaphylactique, consulter le radiologiste responsable avant de débiter la préparation

Préparation non-urgente	Préparation semi-urgente	Préparation urgente
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Prednisone</b> 50 mg PO 13 h, 7 h et 1 h avant l'heure prévue de l'examen.</li><li>• <b>Diphenhydramine</b> (Bénadryl<sup>MD</sup>) 50mg PO 1 heure avant l'heure prévue de l'examen.</li></ul>	(entre 13 h et 4 h avant l'examen) ou si aucun médicament par voie orale possible. <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Méthylprednisolone</b> (SoluMEDROL<sup>MD</sup>) 40 mg IV 4 heures avant la procédure X 1 dose</li></ul> <p style="text-align: center;"><b>ET</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Diphenhydramine</b> (Bénadryl<sup>MD</sup>) 50 mg IV 1 heure avant la procédure</li></ul>	(moins de 4 heures avant l'examen) <b>***Consulter le radiologiste responsable avant de débiter la préparation</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Diphenhydramine</b> (Bénadryl<sup>MD</sup>) 50 mg IV 1 heure avant l'examen</li></ul> <p><small>*Corticostéroïde non recommandé pour cette situation</small></p>

**2. Protocole de prévention de la néphropathie induite par un agent de contraste iodé (NIACI)**

Usager ambulatoire avec <b>DFG(e) inférieur à 30ml/min/1,73m<sup>2</sup></b>	Usager hospitalisé ou de l'urgence avec <b>DFG(e) supérieur à 30 et inférieur ou égal à 60 ml/min/1,73 m<sup>2</sup></b>
<p><i>Le radiologiste et le médecin requérant évaluent les risques/bénéfices. Si l'examen requiert un agent de contraste iodé ; <b>Prise en charge au CHU de Québec-UL.</b></i></p> <p><b>Au médecin requérant ou à la pharmacie communautaire, il est recommandé de :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Cesser la metFORMINE (contre-indiquée à &lt;30 ml/min)</li><li>○ Omettre diurétiques de l'anse (furosémide, bumétanide, acide éthacrynique) et métolazone le jour de l'examen</li><li>○ Contrôle de la créatinine : prélèvement 5 jours post-examen. Le patient se présente avec son ordonnance au centre de prélèvement de son choix.</li></ul>	<p><b>Usager hospitalisé avec <i>DFG(e) inférieur à 30ml/min/1,73m<sup>2</sup></i></b></p> <p><i>Le radiologiste et le médecin requérant évaluent les risques/bénéfices. Si l'examen requiert un agent de contraste iodé ;</i></p> <p><b>Remplir l'ordonnance pré-imprimée afin d'entamer la conduite recommandée :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Hydratation intraveineuse (sur l'ordonnance pré-imprimée):<ul style="list-style-type: none"><li>○ <b>NaCl 0,9% : 3 ml/kg/heure pour 1 heure pré-examen</b> (maximum : 300 ml); <b>puis 1,5 ml/kg/heure pour 4 heures post-examen</b> (maximum 150 ml/heure) suivant le retour de l'usager à l'unité de soins après l'examen.</li></ul></li><li>○ Cesser la metFORMINE le jour de l'examen. Reprise à évaluer par médecin traitant (contre-indiquée à &lt;30 ml/min).</li><li>○ Omettre diurétiques de l'anse (furosémide, bumétanide, acide éthacrynique) et ou métolazone le jour de l'examen.</li><li>○ Contrôle de la créatinine : prélèvement 48 heures post-examen.</li></ul>