

**DEMANDE D'EXAMEN RADIOGRAPHIE ET RADIOSCOPIE
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 <input type="checkbox"/> Hospitalisée <input type="checkbox"/> Urgence <input type="checkbox"/> Externe	Mobilité <input type="checkbox"/> Ambulant <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant <input type="checkbox"/> Civière <input type="checkbox"/> Lit	Lieu de l'examen <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 : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui, préciser : <input type="checkbox"/> Aérienne <input type="checkbox"/> Gouttelettes/contact <input type="checkbox"/> Contact <input type="checkbox"/> Contact renforcé <input type="checkbox"/> Autre _____		
Niveau de priorité MSSS (OBLIGATOIRE): <input type="checkbox"/> Urgent (0 à 24 heures) <input type="checkbox"/> A (1-3 jours) <input type="checkbox"/> B (4-10 jours) <input type="checkbox"/> C (11-28 jours) <input type="checkbox"/> D (moins de 3 mois) <input type="checkbox"/> Contrôle (aaaa/mm/jj) : _____		
EXAMEN(S) DEMANDÉ(S) : _____ _____ _____		
INDICATIONS CLINIQUES : _____ _____ _____		
L'utilisateur a-t-il bénéficié d'un examen de la même région anatomique dans un autre milieu ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui, dans quel établissement : _____ Type d'examen : <input type="checkbox"/> IRM <input type="checkbox"/> TDM <input type="checkbox"/> ÉCHO		
Réaction(s) à un produit de contraste iodé : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui, compléter la préparation allergie aux produits de contraste Type de réaction(s) : <input type="checkbox"/> Urticaire <input type="checkbox"/> Rougeur <input type="checkbox"/> Difficulté respiratoire <input type="checkbox"/> Choc anaphylactique <input type="checkbox"/> Autre : _____		
ANALYSES DE LABORATOIRE		
<input type="checkbox"/> Culture: _____ <input type="checkbox"/> Culture de pus superficielle (aérobie) (PUSUP) <input type="checkbox"/> Culture de pus profond (aérobie et anaérobie) (PUPRO) <input type="checkbox"/> Culture mycose profonde (Champignon) (MYCOP) <input type="checkbox"/> Culture BK (Mycobactéries) (BK) Autre: _____	<input type="checkbox"/> Décompte cellulaire (LPLEH) <input type="checkbox"/> Cytologie <input type="checkbox"/> Ponction lombaire: Remplir CQ1457 <input type="checkbox"/> Albumine (ALBL) <input type="checkbox"/> Amylase (AMYLL) <input type="checkbox"/> Bilirubine (BILIL)	<input type="checkbox"/> Cholestérol (CHOLL) <input type="checkbox"/> Glucose (GLUL) <input type="checkbox"/> LDH (LDHL) <input type="checkbox"/> pH (PHLIQ) <input type="checkbox"/> Protéines (PROTL) <input type="checkbox"/> Triglycérides (TRIGL)
MÉDECIN DEMANDEUR Nom : _____ Prénom : _____ N° de permis : _____ Signature : _____ Date (aaaa/mm/jj) : _____ c. c. : _____ Heure (hh:mm) : _____:_____		