



## DEMANDE D'EXAMEN RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

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)**

Urgent (0 à 24 H)    A (1-3 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

Si oui, préciser le type de réaction?

\_\_\_\_\_ (Voir préparation au verso)

**Médication(s) :**

Anticoagulant :

Non    Oui/lequel : \_\_\_\_\_

Antiplaquettaire/AAS :

Non    Oui/lequel : \_\_\_\_\_

Allergie à l'héparine (TIH/HIT) :

Non    Oui

Autre allergie:  Non    Oui/laquelle

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

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

CC : \_\_\_\_\_ Heure (hh:mm) : \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_

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

Aucun facteur de risque présent confirmé par: \_\_\_\_\_ (initiales obligatoires)

#### 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, si recommandé de voir un spécialiste des maladies rénales

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

Créatininémie : \_\_\_\_\_ mcml/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

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>	<p>(entre 13 h et 4 h avant l'examen) ou si aucun médicament par voie orale possible.</p> <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>	<p>(moins de 4 heures avant l'examen)</p> <p>***Consulter le radiologiste responsable avant de débiter la préparation</p> <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 DFG(e) inférieur à 30ml/min/1,73m <sup>2</sup>	Usager hospitalisé ou de l'urgence avec DFG(e) supérieur à 30 et inférieur ou égal à 60 ml/min/1,73 m <sup>2</sup>
<p><i>Le radiologiste et le médecin requérant évaluent les risques/bénéfices. Si l'examen requiert un agent de contraste iodé ; Prise en charge au CHU de Québec-UL.</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 DFG(e) inférieur à 30ml/min/1,73m<sup>2</sup></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>