

## DEMANDE D'EXAMEN

ANGIOGRAPHIE  
HÔPITAL FLEURIMONT

Date de naissance Année Mois Jour			N° de dossier
N° d'assurance maladie			
Nom à la naissance			Prénom
Adresse			
Ville	Code postal	N° de téléphone	

**ÉCHELLE DE PRIORITÉ CLINIQUE :**  **Urgent (24-72 h)**  **Semi-urgent : < 1 mois**  **Électif**

**Suivi en date du** (année/mois/jour) : \_\_\_\_\_

Locomotion usager	Préventions des infections		
<input type="checkbox"/> Ambulant	<input type="checkbox"/> Contact	<input type="checkbox"/> Contact +	<input type="checkbox"/> Contact E
<input type="checkbox"/> Civière	<input type="checkbox"/> Aérienne	<input type="checkbox"/> Aérienne et contact	<input type="checkbox"/> Aérienne-contact-Oculaire
<input type="checkbox"/> Chaise roulante	<input type="checkbox"/> Gouttelettes	<input type="checkbox"/> Gouttelettes et contact	<input type="checkbox"/> Gouttelettes-contact-oculaire
	<input type="checkbox"/> Aucune	<input type="checkbox"/> Neutropénique	

### Responsabilité de paiement

CNESST → Employeur : \_\_\_\_\_

SAAQ → Date évènement : \_\_\_\_\_  
(année/mois/jour)

### Ordonnance médicale et questionnaire

**L'usager prend-t-il des anticoagulants?**  Oui  Non

→ Si **OUI** → Lequel? : \_\_\_\_\_

→ **Est-ce que celui-ci peut être cessé pour la procédure?**

Oui  Non

**L'usager prend-t-il de la metformine (Glucophage)?**  Oui  Non

→ Si **OUI**, prévoir de faire cesser 24 heures avant l'examen et reprise de la médication aussitôt après l'examen + contrôle de créatinine sérique.

**L'usager a-t-il une allergie aux produits de contrastes?**  Oui  Non

→ Si **OUI**, lui remettre la prescription de préparation suivante :

→ Trois (3) comprimés de prednisone 50 mg PO :

- 1 comprimé 12 heures avant l'examen
- 1 comprimé 6 heures avant l'examen
- 1 comprimé 1 heure avant l'examen

→ Un comprimé de Benadryl 50 mg PO, à prendre 1 h avant l'examen.

**Créatinine sérique pré-examen**  **Créatinine sérique post-examen**

**INR**

Télécopier la requête au 819 829-3296.

Le Service d'angiographie communiquera avec l'usager pour fixer le rendez-vous et/ou une consultation clinique.

Artériographie abdominale et membres inférieurs  D  G  Bilatéral (prérequis doppler)

Embolisation pelvienne :  Fibrome  Varicocèle  Congestion pelvienne

Angio scan :  Carotides  Membres inférieurs  Rénal  
 Aorte abdominale  Membres supérieurs  Cercle de Willis  
 Aorte thoracique

Autre(s) examen(s) :

### Impression diagnostique et renseignements cliniques obligatoires

### Identification du médecin référent et du point de service

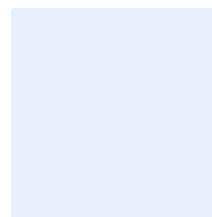
Nom du médecin référent \_\_\_\_\_ N° permis \_\_\_\_\_

Ind. rég. N° de téléphone N° de poste Ind. rég. N° de télécopieur

Nom du point de service \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_ Date (année, mois, jour) \_\_\_\_\_

ESTAMPE



Médecin en copie conforme :

N° permis :