

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 : _____ → Date évènement : _____
(année/mois/jour)

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 (Gluocophage)? 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

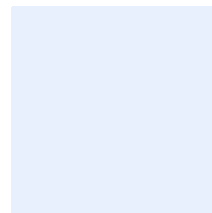
Nom du médecin référent _____ N° permis _____

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 :