



DT9477

## REQUÊTE D'EXAMEN RADIOLOGIQUE EN ÉCHOGRAPHIE GÉNÉRALE (Âge minimal : 14 ans)

**Attention : Consulter les alertes cliniques au verso et favoriser les protocoles de l'Accueil clinique (si disponibles) avant de remplir ce formulaire.**

Nom et prénom de l'utilisateur			
N° d'assurance maladie		Année	Mois
		Expiration	
Nom et prénom du parent			
Ind. rég.	N° téléphone	Ind. rég.	N° téléphone (autre)
Adresse			
Code postal			

Condition(s) clinique(s)		Échelle de priorité clinique : B : ≤ 10 jrs C : ≤ 28 jrs D : ≤ 3 mois (90 jrs)	
<b>Utiliser un autre formulaire pour écho mammaire, obstétricale ou cardiaque</b>			
<b>PREMIER EXAMEN (cocher la condition clinique appropriée sinon, l'inscrire dans la section « Autres »)</b>			
<b>Écho abdominale</b>	<input type="checkbox"/> Suspicion de <b>colique biliaire</b> résolue sans perturbation du bilan hépatique Utiliser l'Accueil clinique si disponible	<b>C</b>	<b>Écho pelvienne</b>
	<input type="checkbox"/> Recherche de lithiase vésiculaire ( <b>sans symptôme</b> récent)	<b>D</b>	
	<input type="checkbox"/> <b>Bilan</b> hépatique perturbé	<b>C</b>	
	<input type="checkbox"/> Recherche de maladie hépatique <b>chronique</b> (ex. : stéatose, NASH, cirrhose, hépatite, etc.)	<b>D</b>	
	<input type="checkbox"/> Suspicion d' <b>anévrisme</b> de l'aorte abdominale asymptomatique	<b>C</b>	
	<input type="checkbox"/> Recherche d' <b>anévrisme</b> de l'aorte abdominal/histoire familiale	<b>D</b>	
	<input type="checkbox"/> <b>Douleur</b> abdominale subaiguë	<b>C</b>	
	<input type="checkbox"/> <b>Douleur</b> abdominale chronique	<b>D</b>	
<b>Abdominale et pelvienne</b>	<input type="checkbox"/> <b>Hématurie</b> microscopique (si hématurie macroscopique = pyéloscan)		<b>C</b>
	<input type="checkbox"/> Suspicion de masse néoplasique/ <b>perte de poids</b>		<b>B</b>
	<input type="checkbox"/> Évaluation <b>masse</b> abdomino-pelvienne sans contexte de grossesse		<b>C</b>
	<input type="checkbox"/> Recherche d' <b>ascite</b>		<b>B</b>
<b>Testiculaire</b>	<input type="checkbox"/> Masse <b>testiculaire</b> d'allure <b>néoplasique</b>		<b>B</b>
	<input type="checkbox"/> Masse testiculaire d'allure <b>bénigne</b>		<b>C</b>
<b>Surface</b>	<input type="checkbox"/> <b>Adénopathie(s)</b> , spécifier le site : _____		<b>C</b>
	<input type="checkbox"/> Masse <b>cutanée</b> , spécifier le site : _____		<b>D</b>
<b>Thyroïdienne</b>	<input type="checkbox"/> <b>Nodule</b> thyroïdien / <b>goître</b> (pour bx écho guidée, utiliser corridor de service habituel et non ce formulaire)		<b>D</b>
<b>Musculo/squelettique</b>	<input type="checkbox"/> Musculo squelettique, Spécifier région anatomique et condition clinique : _____		<b>Priorité clinique</b>
<b>Autre(s)</b>	<input type="checkbox"/> AUTRE(S) CONDITIONS(S) CLINIQUE(S) non standardisée au formulaire ou modification d'une priorité clinique (justification OBLIGATOIRE à la section « Impression diagnostique ») <b>Condition(s) clinique(s) :</b> _____ <b>Examen demandé :</b> _____		<b>Priorité clinique</b>

SUIVI (L'examen ne peut être demandé plus d'un an à l'avance)	
Examen demandé :	
Examen(s) antérieur(s) pertinent(s) :	
Installation/point de services ayant réalisé l'examen antérieur : _____	
Date de réalisation : _____	
<b>Condition clinique :</b> <input type="checkbox"/> Suivi d'une lésion documentée dans la <b>même modalité</b> d'imagerie, spécifier : _____ <input type="checkbox"/> Caractérisation d'une lésion vue dans une <b>autre modalité</b> d'imagerie, spécifier : _____ <input type="checkbox"/> Autre(s) : _____	Priorité clinique ou date ciblée

Impression diagnostique et renseignements cliniques obligatoires			
<input type="checkbox"/>	<b>PRÉREQUIS À UNE CONSULTATION AVEC LE SPÉCIALISTE OU À UNE CHIRURGIE :</b>	Date prévue du rendez-vous :	Année Mois Jour
Besoins spéciaux :			

Alertes cliniques (liste non exhaustive)	
Référer à l'Accueil clinique ou autre corridor de service (si disponible) sinon, diriger l'utilisateur à l'Urgence	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Saignement du 1<sup>er</sup> trimestre avec BHCG positif</li> <li>• Suspicion de <b>colique biliaire</b> résolue avec perturbation significative du bilan hépatique</li> <li>• Suspicion de <b>diverticulite</b></li> <li>• <b>Suspicion de TPP (ou kyste de Baker rupturé)</b></li> </ul>	

Identification du médecin référent et du point de service				Estampe		
Nom du médecin référent		N° de permis				
Ind. rég.	N° de téléphone	N° de poste	Ind. rég.			N° de télécopieur
Nom du point de service						
Signature			Date (année, mois, jour)			
Médecin de famille : <input type="checkbox"/> Idem au médecin référent <input type="checkbox"/> Usager sans médecin de famille				Référence nominative (si requis)		
Nom du médecin de famille				Si vous désirez une référence nominative à un point de service ou installation, spécifier :		
Nom du point de service						