



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

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 : _____

Condition clinique :

 Suivi d'une lésion documentée dans la **même modalité** d'imagerie, spécifier : _____ Caractérisation d'une lésion vue dans une **autre modalité** d'imagerie, spécifier : _____ Autre(s) : _____Priorité clinique
ou date ciblée**Impression diagnostique et renseignements cliniques obligatoires** **PRÉREQUIS À UNE CONSULTATION
AVEC LE SPÉCIALISTE OU À UNE CHIRURGIE :**

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

- Saignement du 1^{er} trimestre avec BHCG positif
- Suspicion de **colique biliaire** résolue avec perturbation significative du bilan hépatique
- Suspicion de **diverticulite**
- Suspicion de **TPP (ou kyste de Baker rupturé)**

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 : Idem au médecin référent 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	