



DT9485

REQUÊTE D'EXAMEN RADIOLOGIQUE EN TOMODENSITOMÉTRIE (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)			
PREMIER EXAMEN (cocher la condition clinique appropriée sinon, l'inscrire dans la section « Autres »)					
Tête	<input type="checkbox"/> Céphalées/migraines avec changement neurologique	B	Abdomen et pelvis	<input type="checkbox"/> Kystes rénaux complexes	C
	<input type="checkbox"/> Céphalées/migraines stables	D	Uroscan	<input type="checkbox"/> Évaluation calculs urinaires (C-)	C
	<input type="checkbox"/> Psychose	B	Pyéloscan	<input type="checkbox"/> Hématurie macroscopique Utiliser l'Accueil clinique si disponible	B
	<input type="checkbox"/> Atteinte des fonctions cognitives	D	Thorax, abdomen et pelvis	<input type="checkbox"/> Douleur abdominale/ perte de poids , et symptômes de gravité persistante avec une échographie négative	C
Sinus	<input type="checkbox"/> Évaluation rhino-sinusale préopératoire	C		<input type="checkbox"/> Recherche de néoplasie , spécifier : _____	C
	<input type="checkbox"/> Sinusite /rhinite/obstruction nasale	D	<input type="checkbox"/> Stadification (staging) d'une néoplasie connue, spécifier : _____	B	
Thorax	<input type="checkbox"/> Hémoptysies	B	Rachis	<input type="checkbox"/> Lombalgie avec atteinte fonctionnelle importante chez usager > 50 ans (N.B. : IRM préférable chez usager ≤ 50 ans)	C
	<input type="checkbox"/> Maladie chronique pulmonaire/ MPOC /maladies interstitielles (C-)	D	Musculo/squelettique	<input type="checkbox"/> Suspicion de néoplasie osseuse, spécifier : _____	B
Autre(s)	<input type="checkbox"/> Recherche de néoplasie primaire ou métastatique, spécifier la région : _____				B
	<input type="checkbox"/> AUTRE(S) CONDITIONS(S) CLINIQUE(S) non standardisée au formulaire ou modification d'une priorité clinique (justification OBLIGATOIRE dans 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 :**

Année Mois Jour

Date prévue du rendez-vous :

Besoins spéciaux :

FACTEURS DE RISQUE (cocher le ou les facteurs de risques associés)
 70 ans et plus Diabète Ins. rénale ou rein unique Myélome multiple Ins. cardiaque Greffe rénale
En présence d'un facteur de risque, il est OBLIGATOIRE d'obtenir les résultats de créatinine ainsi que le DFGe
 DFGe et créatinine réalisés dans les 6 derniers mois :

Date (année, mois, jour)

Résultat de créatinine

Résultat DFGe

 Si non faites, analyses prescrites à l'usager en l'avisant de les réaliser dès que possible.
TYPE D'ALLERGIE
 Aucune Sinon, spécifier :
Alertes cliniques (liste non exhaustive)**Référer à l'Accueil clinique (si disponible) sinon, diriger l'usager à l'Urgence**

- Diverticulite
- Colique néphrétique aiguë
- Hématurie macroscopique active

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