

**L'ORIGINAL DU DOCUMENT EST EXIGÉ.  
Veuillez présenter cette demande en  
personne ou la poster à :**

CSSS du Granit/Secrétariat regroupé  
3569 Laval, Lac-Mégantic, G6B 1A5  
Téléphone : (819) 583-0330 poste 2366

**Nous communiquerons avec vous afin de  
vous fixer un rendez-vous.**

Cocher : CR  URGENCE  HOSPITALISÉ  Chambre #: \_\_\_\_\_

*Identification du patient obligatoire*

## DEMANDE D'EXAMEN DE TOMODENSITOMÉTRIE AXIALE

### À L'ATTENTION DU MÉDECIN (S.V.P., spécifier)

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Cerveau       | <input type="checkbox"/> Cou (Larynx/pharynx)* | <input type="checkbox"/> Colonne : _____    |
| <input type="checkbox"/> Sinus         | <input type="checkbox"/> Thorax*               | <input type="checkbox"/> Angioscan* : _____ |
| <input type="checkbox"/> Mastoïdes/CAI | <input type="checkbox"/> Abdomen/Pelvien*      | <input type="checkbox"/> Autres : _____     |
| <input type="checkbox"/> Orbites*      |  |   |
| <input type="checkbox"/> Massif Facial |  |   |

#### \* Patient allergique à l'iode?

Oui  Non  Ne sait pas

**Si oui:** S.V.P., prescrire :

① PREDNISONNE 50 mg X 3 per os  
1 co. 16 h avant l'examen  
1 co. 8 h avant l'examen  
1 co. 1 h avant l'examen

② BÉNADRYL 50 mg X 1 per os  
1 co. 1 h avant l'examen

#### \* Injection d'iode probable

Indiquer une créatinine récente : \_\_\_\_\_  
(Inférieure à 3 mois)

**Si non disponible, la prescrire SVP.**

**Compléter le verso de ce formulaire.**

**Antécédent de Chirurgie sur la région examinée ?**

Non  Oui \_\_\_\_\_

### RENSEIGNEMENTS CLINIQUES LISIBLES OBLIGATOIRES SVP.

MEDECIN RÉFÉRANT(caractères): \_\_\_\_\_ no \_\_\_\_\_ SIGNATURE : \_\_\_\_\_

Md de famille en C.C. : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

IMAGERIE MÉDICALE  
**CT-SCAN**

Cocher : CR  URGENCE  HOSPITALISÉ  Chambre #: \_\_\_\_\_

**QUESTIONNAIRE PRÉLIMINAIRE POUR CT-SCAN AVEC INJECTION D'IODE**  
(REEMPLIR AVEC LE MÉDECIN.)

mon poids : \_\_\_\_\_ lbs/kg

ma taille : \_\_\_\_\_ po/cms

AVEZ-VOUS :

OUI NON

- déjà eu une injection d'Iode ?
- si oui, avez-vous eu une réaction ?
- décrivez la réaction s'il y a lieu : \_\_\_\_\_  
(réaction cutanée, nausées-vomissements, difficulté respiratoire, réanimation ou autre)

**ANTÉCÉDENT D'ALLERGIE ?**

Si oui spécifiez : \_\_\_\_\_

**CONNU POUR :**

- asthme ?
- diabète ?
- **si oui** prenez-vous du glucophage (Metformine) ?
- insuffisance rénale ?
- insuffisance cardiaque ?
- myélome ?

Y a-t-il une possibilité d'une grossesse ?

**Je confirme que les renseignements sont exacts et je consens à passer cet examen.**

Signature de l'utilisateur : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Vérifié par technologue : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_