

RADIOLOGIE

Niveau de priorité	Délai
Stat () Trauma ()	Réponse immédiate
R-1 ()	1 à 3 heures
R-2 ()	< 24 heures
R-3 ()	< 48 heures
R-4 ()	Externe () Hospit < 1 mois

Transport: Amb () chaise () civière () O2 () isol ()

Signature _____ licence _____ Date _____
Adresse _____

À compléter : allergie à l'iode () insuffisance rénale () diabète () créatinine _____ clairance _____ isolation () spécifiez _____

Tube digestif: pour patient hospitalisé	
Gorgée barytée (8 h à jeun)	
Repas baryté D"C" (8 h à jeun)	
Lavement baryté () Gastro ()	
simple contraste	
double contraste	
Intestin grêle (8 h à jeun)	
Génito - urinaire	
Pyelographie	
Cystographie	
Hystérogaphie	
Région thoraco-abdominale	
Poumons	Pa-lat
	insp-exp
	décubitus
Hémithorax	D
	G
Sternum	
Abdomen	
	décubitus
Examens spéciaux	
Arthrographie simple _____	
Arthrographie distensive _____	
Mammographie: autre requête	
Tomodensitométrie VERSO	
Échographie VERSO	
Doppler VERSO	
Résonnance magnétique AUTRE REQUÊTE	

Squelette				D	G	Charge	Axial
Crâne			Hanche				
Sinus			Fémur				
Massif facial			Genou				
Orbites			Rotule				
Nez			Jambe				
Maxillaire supérieur			Cheville				
Maxillaire inférieur			Pied				
Tissus mou du cou			Calcaneum				
Colonne cervicale			Orteil				
Colonne dorsale			Art. acr-claviculaire				
Colonne lombaire			Clavicule				
Sacrum / coccyx			Épaule				
Art. sacro-iliaques			Humérus				
Bassin			Coude				
Série métastatique			Avant-bras				
Série artic. ou rhumatoïde			Poignet				
Scanographie des M.I.			Main				
Autre:			Doigt				

Renseignements cliniques pertinents OBLIGATOIRES

() Collet cervical en place

Ne rien inscrire dans la marge

INFORMATION AUX MÉDECINS:
Prescrire au verso toute autre demande d'examen
ATTENTION: Utiliser un seul côté à la fois
INFORMATION AUX PATIENTS:
Pour SCAN, ÉCHO et PYELOGRAPHIE : apporter la requête en radiologie. Pour autres examens : se présenter les jours ouvrables de 8hres à 16hres.

RADIOLOGIE

Niveau de priorité	Délai
Stat () Trauma ()	Réponse immédiate
R-1 ()	1 à 3 heures
R-2 ()	< 24 heures
R-3 ()	< 48 heures
R-4 ()	Externe () Hospit < 1 mois

Transport: Amb () chaise () civière () O2 () isol ()

Signature _____ licence _____ Date _____
Adresse _____

À compléter : allergie à l'iode () insuffisance rénale () diabète () créatinine _____ clairance _____ isolation () spécifiez

TOMODENSITOMÉTRIE		
Cérébral		
Mastoïdes-cai		
Sinus		
Massif facial		
Orbites		
Cou		
Thorax		
Abdominal		
Pelvien		
Colonne : cervical	_____	
dorsale	_____	
lombaire	_____	
		Angio scan
		Carotides
		Embolie pulmonaire
		Aorte thorax
		Aorte abdomen
		Aorte rénale
		Artério digestive
		Membres inférieurs
		Membres supérieurs
		Vénographie spécifiez
		Autre

ECHOGRAPHIE		
Abdominale (8h à jeun)		
Pelvienne (vessie remplie)		
Abd-pelvienne		
Mammaire		
Testiculaire		
Thyroïde		
Musculo-squelettique		
Doppler : carotides		
m. inf. veineux		
m. sup. veineux		
m. inf. artériel		
m. sup. artériel		
De surface : région		
Autres :		

Squelette : spécifiez
Biopsie :
Drainage :
Autre :

Réservé au radiologiste
C-
C+
C- C+
Baryum oral
Baryum rectal
Gastrografin
Pancréas
Surrénales
Pyelo-scan
Hémangiome

Renseignements cliniques pertinents OBLIGATOIRES

() Collet cervical en place

INFORMATION AUX MÉDECINS:
Pour demande de scan et d'échographie : prescrire sur 2 feuilles.

INFORMATION AUX PATIENTS:
Apporter la demande en radiologie.

Ne rien inscrire dans la marge