

INDICATIONS - CLINIQUES-RÉSEAU

Date de la demande d'examen :

Provenance de la clinique réseau :

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

ALLERGIE IODE

Facteurs de risques – prévention des chutes

Signature du médecin traitant : _____ N° de permis : _____

N° OC ou OIP : _____

Signature inf. ou tech. Imagerie médicale : _____ N° de permis : _____

Numéro de téléphone **OBLIGATOIRE** pour la divulgation du résultat si nécessaire:

Créatinine < 3 mois OBLIGATOIRE - Veuillez joindre le résultat de laboratoire à cette requête.

Si TFG \leq 45ml/min il est obligatoire de remplir OIP 3013 par médecin traitant

Est-ce que le patient prend de la Metformine (Glucophage)?

Si oui, un arrêt de 48 heures de la Metformine (Glucophage^{md}) est nécessaire après l'examen.

SCAN NEURO

- Céphalée aigue < 48h Déficit neuro < 48h
 Trauma < 1 sem

SCAN THORAX

- Angioscan pulmonaire (recherche d'embolies pulmonaires)

SCAN ABDOMEN

- Diverticulite
 Appendicite
 Occlusion
 Colique néphritique
 Colite
 Recherche d'hématome

SCAN MUSCULOSQUELETTIQUE

- Éliminer fracture (site : _____)

ÉCHOGRAPHIE OBSTÉTRICALE

- Saignement 2^e et 3^e trimestre
 Recherche de grossesse ectopique (**taux BHCG quantitatif OBLIGATOIRE**) Veuillez joindre le résultat de laboratoire à cette requête

ÉCHOGRAPHIE PELVIENNE/SCROTALE

- Torsion ovarienne
 Absès tubo-ovarien
 Torsion testiculaire

ÉCHOGRAPHIE ABDOMINALE

- Appendicite poids : _____
 Cholécystite
 Infection urinaire, recherche d'obstruction

ÉCHOGRAPHIE MUSCULOSQUELETTIQUE

- Absès (site : _____)
 Arthrite septique (site : _____)
 Déchirure tendon (biceps, quadriceps, achilléen) (site : _____)

Pour toute autre indication, veuillez utiliser les trajectoires usuelles d'imagerie ou de l'urgence.