

REQUÊTE D'EXAMEN : TOMODENSITOMÉTRIE (SCAN)

Carte d'assurance-maladie: plaquez ici

Carte de l'hôpital: plaquez ici

À REMPLIR PAR LE MÉDECIN

Examen demandé :

Renseignements cliniques :

Nom du médecin :

Signature du médecin :

No. de permis :

Date :

Nom et coordonnées du médecin de famille :

AFIN D'ASSURER LA SÉCURITÉ DU PATIENT, IL EST OBLIGATOIRE DE REMPLIR LE QUESTIONNAIRE AU VERSO DE LA REQUÊTE.

Patiente enceinte OUI _____ NON _____

Allergie iode OUI _____ NON _____

CRÉATININE

Valeur créatinine :

GFR :

Date :

Patient

URGENCE

À FAIRE CE JOUR SANS FAUTE _____

D'ICI UNE SEMAINE _____

MAJEURE : _____

MINEURE : _____

CIVIÈRE : _____

FAUTEUIL : _____

Appelez l'autocollant avec le code à barres ici

**Pour rendez-vous; S.V.P APPELEZ
au (514) 765 - 7341**

Appels faits : 1-

2-

3-

Date du rendez-vous :

Heure :

Notes :

PROTOCOLE : C- C+ C-/+ SOIRÉE
(RÉSERVÉ AU RADIOLOGUE)

VOIR OUI _____ NON _____

BOIRE OUI _____ NON _____

LAVEMENT OUI _____ NON _____

SURRENALES OUI _____ NON _____

ABDOMEN OUI _____ NON _____

PELVIEN OUI _____ NON _____

PROTOCOLÉ PAR :

*** Vous devez nous faire parvenir votre prescription d'examen par la poste, par télécopie au numéro (514) 362-2945 ou la déposer à la réception du service d'imagerie médicale ***

*** Lors de votre visite, assurez-vous d'avoir en votre possession votre carte d'assurance maladie valide et votre carte de l'hôpital valide. Si vous n'avez pas de carte de l'hôpital valide, présentez-vous au centre de rendez-vous au local R-354 trente minutes avant votre rendez-vous afin de vous en procurer une. ***



QUESTIONNAIRE D'EXAMEN : TOMODENSITOMÉTRIE (SCAN)

POUR UN RENDEZ-VOUS POUR UN SCAN, VEUILLEZ REMPLIR CE FORMULAIRE

- 1- Avez-vous plus de 70 ans ? OUI _____ NON _____
- 2- Avez-vous une maladie cardiaque ? OUI _____ NON _____
- 3- Avez-vous une maladie aux reins ? OUI _____ NON _____
- 4- Êtes-vous suivi en dialyse ? OUI _____ NON _____
- 5- Faites-vous du diabète ? OUI _____ NON _____
- 6- Êtes-vous sous traitement de chimiothérapie, anticoagulants ou diurétiques ?
OUI _____ NON _____

*Si vous avez répondu **oui** à une des questions **ci-dessus**, vous devez faire une prise de sang pour dosage de la créatinine.*

- 7- Quel est votre poids ? _____
- 8- Êtes-vous allergique à l'iode ? OUI _____ NON _____
*si **OUI**, quel type de réaction* _____
- 9- Avez-vous une prescription de prise de sang pour dosage de votre créatinine ?
OUI _____ NON _____

Signature du médecin

Date

Signature du patient