

Gastro-entérologie

LEBC1952020518

#Dossier: H-0123666

Exp :2402

M

LEBEL, CLAY

1969-06-17

LEBEL, GRATIEN

53 ans

LÉVESQUE, CECILE

123 EVÊCHE OUEST, APP 104

RIMOUSKI, QC

G5L 3B5

(418) 723-1880

(418) 730-4474

REQUISITION D'EXAMEN RADIOLOGIQUE

Département de Radiodiagnostic

Pré-op chirurgie prévue le _____ Risque de chute

Ambulant Chaise Civière Lit

Urgent Semi-urgent Électif

CNESST: Date de l'accident _____ Nom et adresse de l'employeur : _____

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES OBLIGATOIRES :

Ischémie mésentérique - étendue ?

SIGNATURE AU VERSO

01 TÊTE ET COU

- 8013 Crâne 4 incidences
- 8124 Massif facial 4 inc.
- 8124 Orbites 4 inc.
- 8031 Nez
- 8126 Sinus 4 incidences
- 8023 Maxillaire inf.
- 8037 Tissus mous du cou
- 8037 Cavum
- 8030 Oeil recherche de corps étranger

02 COLONNE ET BASSIN

- 8127 Col. cerv. - Trauma (3 inc. et -)
- 8128 Col. cerv. 4 inc.
- 8042 Col. dorsale
- 8059 Col. lombaire
- 8059 Col. lombo-sacrée
- 8059 Obliques D & G de la col. lomb
- 8101 Sacrum (seul.)
- 8110 Coccyx (seul.)
- 8057 Sacrum et coccyx
- 8054 Bassin
- 8054 Bassin - Prothèse
- 8056 Bassin et hanche D() G()
- 8055 Bassin et 2 hanches
- 8056 Bassin pos. de gren.
- 8058 Art. sacro-iliaques

03 MEMBRES SUP.

- 8060 Clavicule () ()
- 8062 Épaule () ()
- 8063 Humérus () ()
- 8064 Coude () ()
- 8065 Avant-bras () ()
- 8066 Poignet () ()
- 8067 Main () ()
- 8068 Main-poignet () ()
- 8069 Doigt - 1 seul. () ()
- 8074 Omoplate () ()
- 8075 Art. acromio-clavic.* () ()

04 MEMBRES INF.

- 8080 Hanche () ()
- 8083 Fémur () ()
- 8084 Genou () ()
- 8084 Rotules 30° 45° 60° 90° () ()
- 8085 Jambe () ()
- 8086 Cheville () ()
- 8087TA Talon () ()
- 8087 Pied () ()
- Mise en charge () ()
- 8090 Orteil - 1 seul. () ()
- 8091 Scanographie des membres inf. () ()
- Avec sphère () ()

D G

05 ÉTUDES DU SQUELETTE

- 8092 Âge osseux (mains)
- 8281 Série métastatique
- 8253 Série scoliotique
- 8282 Série des os longs
- 8282 SOP (série partielle)
- 8282 SOC (série complète)
- 06 THORAX**
- 8100 Poumons (PA latéral)
- 8100 Décubitus latéral D() G()
- 8115 Hémi-thorax D() G()
- 8117 Sternum

07 ABDOMEN

- 8150 Abdomen simple (1 seul film)
- 8152 Abd. inc. mult. (3 films)

08 SYSTÈME DIGESTIF

- 8157 Oesophage seul (C.E.)
- 8133 Oes. problème de déglut.
- 8158 Transit dig. sup. d.c.
- 8156 Grêle seul
- 8154 Transit dig. sup. (enfants)
- 8162 Transit dig. sup. & grêle
- 8160 Côlon double contraste
- 8149 Côlon simple contraste
- Autres _____

REQUISITION D'EXAMEN RADIOLOGIQUE

Nom et prénom :

Numéro de dossier :

09 VOIES GÉNITO-URINAIRES

- 8181 Pyélographie IV
- 8186 Pyélo. rétrograde D() G()
- 8187 Cystographie rétrograde
- 8190 Cystographie mictionnelle

10 GYNÉCOLOGIE

- 8197 Hystérosalpingographie

11 MAMMOGRAPHIE

- 8048 Unilatérale D() G()
- 8049 Bilatérale
- Mastectomie D() G()
- 8199 Rx d'une pièce biopsique

Localisation (harpon) :

Sein D() quadrant(s) _____

Sein G() quadrant(s) _____

12 EXAMENS SPÉCIAUX

- 0431 Infiltration _____
- 0217 Bloc facettaire _____
- 8182 Pancréatographie

ÉCHOGRAPHIE

- 8302 Cérébrale
- 8326 Abdominale complète
- 8321 Pelvienne complète
- 8330 Cou : thyroïde
- 8335 Écho de surface divers
- 8333 Sein D() G()
- 8334 Testicule D() G()

Autres : _____

DOPPLER

- 8350 Carotidien
- 8352 Artériel périphérique
- 8357 Veineux périphérique
- 8364 Abdomino-pelvien
- 8367 Portal ou greffon hépatique
- 8368 Rénal

Autres : _____

Si demande de biopsie, prendre formulaire # Demande de biopsie/intervention radiologique

Cath. 16 -> CD

TOMODENSITOMÉTRIE (TACO)

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cérébrale | <input type="checkbox"/> Abdomen | <input type="checkbox"/> Angio TDM aorte et M. inférieur |
| <input type="checkbox"/> Orbites | <input type="checkbox"/> Pelvien | <input type="checkbox"/> Angio TDM carotides et cercle de Willis |
| <input type="checkbox"/> Mastoïdes | <input checked="" type="checkbox"/> Abdomen et pelvien | <input type="checkbox"/> Angio TDM abdomen/pelvien |
| <input type="checkbox"/> Sinus | <input type="checkbox"/> Rachis (précision obligatoire des niveaux à étudier) _____ | <input type="checkbox"/> Thorax protocole embolie |
| <input type="checkbox"/> Cou (tissus mous) | <input type="checkbox"/> Extrémités _____ D() G() | <input type="checkbox"/> Autres _____ |
| <input type="checkbox"/> Thorax | | |

REMARQUES

*****OBLIGATOIRE*** (pour examen avec contraste IV)**

- Créatinine** : valeur : 98, date : Aujourd'hui
si aucune créatinine inférieure à 6 mois et âgé de 50 ans et + prescrire
- Clairance** : _____ si clairance inférieure à 45 ml/min
utiliser le formulaire BL-0058 et DT-0154
- Allergies** : _____

- Diabétique
- Hépatite/VIH
- Poids : 68 Kg
- Préparation de sensibilisation voir le DT-0595


***** INFORMATIONS OBLIGATOIRES*****

Cette ordonnance est une ordonnance originale. L'établissement identifié est le seul destinataire. L'original ne sera pas réutilisé, sera conservé au dossier.

C.C. _____

NOM EN LETTRES MOULÉES : Dr. Beauchamps

N° DE PERMIS : R-090123

SIGNATURE DU MÉDECIN : 

DATE : _____

REQUISITION D'EXAMEN RADIOLOGIQUE