

GAGP1952020518

#Dossier: H-0123666

Exp :2402

M

GAGNÉ, PHILIPPE

1962-06-17

GAGNÉ, JAY

60 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 :

DISSECTION AORTE ASCEND. URGENT+++

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 Hémithorax D() G()
 - 8117 Sternum

07 ABDOMEN

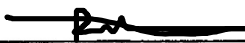
- 8150 Abdomen simple (1 seul film)
- 8152 Abd. inc. mult. (3 films)

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 _____

<p>09 VOIES GÉNITO-URINAIRES</p> <p><input type="checkbox"/> 8181 Pyélographie IV</p> <p><input type="checkbox"/> 8186 Pyélo. rétrograde D(<input type="checkbox"/>) G(<input type="checkbox"/>)</p> <p><input type="checkbox"/> 8187 Cystographie rétrograde</p> <p><input type="checkbox"/> 8190 Cystographie mictionnelle</p> <p>10 GYNÉCOLOGIE</p> <p><input type="checkbox"/> 8197 Hystérosalpingographie</p> <p>11 MAMMOGRAPHIE</p> <p><input type="checkbox"/> 8048 Unilatérale D(<input type="checkbox"/>) G(<input type="checkbox"/>)</p> <p><input type="checkbox"/> 8049 Bilatérale</p> <p><input type="checkbox"/> Mastectomie D(<input type="checkbox"/>) G(<input type="checkbox"/>)</p> <p><input type="checkbox"/> 8199 Rx d'une pièce biopsique</p> <p><input type="checkbox"/> Localisation (harpon) : Sein D(<input type="checkbox"/>) quadrant(s) _____ Sein G(<input type="checkbox"/>) quadrant(s) _____</p> <p>12 EXAMENS SPÉCIAUX</p> <p><input type="checkbox"/> 0431 Infiltration _____</p> <p><input type="checkbox"/> 0217 Bloc facettaire _____</p> <p><input type="checkbox"/> 8182 Pancréatographie</p>	<p>ÉCHOGRAPHIE</p> <p><input type="checkbox"/> 8302 Cérébrale</p> <p><input type="checkbox"/> 8326 Abdominale complète</p> <p><input type="checkbox"/> 8321 Pelvienne complète</p> <p><input type="checkbox"/> 8330 Cou : thyroïde</p> <p><input type="checkbox"/> 8335 Écho de surface divers</p> <p><input type="checkbox"/> 8333 Sein D(<input type="checkbox"/>) G(<input type="checkbox"/>)</p> <p><input type="checkbox"/> 8334 Testicule D(<input type="checkbox"/>) G(<input type="checkbox"/>)</p> <p>Autres : _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>DOPPLER</p> <p><input type="checkbox"/> 8350 Carotidien</p> <p><input type="checkbox"/> 8352 Artériel périphérique</p> <p><input type="checkbox"/> 8357 Veineux périphérique</p> <p><input type="checkbox"/> 8364 Abdomino-pelvien</p> <p><input type="checkbox"/> 8367 Portal ou greffon hépatique</p> <p><input type="checkbox"/> 8368 Rénal</p> <p>Autres : _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Si demande de biopsie, prendre formulaire # Demande de biopsie/intervention radiologique</p>		

<p>TOMODENSITOMÉTRIE (TACO)</p>		
<p><input type="checkbox"/> Cérébrale</p> <p><input type="checkbox"/> Orbites</p> <p><input type="checkbox"/> Mastoïdes</p> <p><input type="checkbox"/> Sinus</p> <p><input type="checkbox"/> Cou (tissus mous)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Thorax</p>	<p><input type="checkbox"/> Abdomen</p> <p><input type="checkbox"/> Pelvien</p> <p><input type="checkbox"/> Abdomen et pelvien</p> <p><input type="checkbox"/> Rachis (précision obligatoire des niveaux à étudier) _____</p> <p><input type="checkbox"/> Extrémités _____ D(<input type="checkbox"/>) G(<input type="checkbox"/>)</p>	<p><input type="checkbox"/> Angio TDM aorte et M. inférieur</p> <p><input type="checkbox"/> Angio TDM carotides et cercle de Willis</p> <p><input type="checkbox"/> Angio TDM abdomen/pelvien</p> <p><input type="checkbox"/> Thorax protocole embolie</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Autres <u>THORAX</u></p> <p style="text-align: center;">MULTIPHASE</p>
<p>REMARQUES</p>		
<p>18ga Coude D</p>		
<p>***OBLIGATOIRE*** (pour examen avec contraste IV)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Créatinine : valeur : <u>88</u>, date : <u>Aujourd'hui</u> si aucune créatinine inférieure à 6 mois et âgé de 50 ans et + prescrire</p> <p><input type="checkbox"/> Clairance : _____ si clairance inférieure à 45 ml/min utiliser le formulaire BL-0058 et DT-0154</p> <p><input type="checkbox"/> Allergies : _____</p>		
<p><input type="checkbox"/> Diabétique</p> <p><input type="checkbox"/> Hépatite/VIH</p> <p><input type="checkbox"/> Poids : <u>86</u> Kg</p> <p><input type="checkbox"/> Préparation de sensibilisation voir le DT-0595</p>		

<p>*** INFORMATIONS OBLIGATOIRES ***</p>	
<p><input type="checkbox"/> Cette ordonnance est une ordonnance originale. L'établissement identifié est le seul destinataire. L'original ne sera pas réutilisé, sera conservé au dossier.</p>	
<p>C.C. _____</p>	<p>N° DE PERMIS : <u>R-090123</u></p>
<p>NOM EN LETTRES MOULÉES : <u>Dr. Beauchamps</u></p>	<p>DATE : _____</p>
<p>SIGNATURE DU MÉDECIN : <u></u></p>	<p>_____</p>

REQUISITION D'EXAMEN RADIOLOGIQUE