

SELH1952020518

#Dossier: H-0123666

Exp :2402

M

**SELDINGUER, HAROLD**

1969-06-17

SELDINGUER, JOHNNY

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 :**

**Sténose Artère Rénale D ?**

\*\*\*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**

**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 \_\_\_\_\_

<p><b>09 VOIES GÉNITO-URINAIRES</b></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><b>10 GYNÉCOLOGIE</b></p> <p><input type="checkbox"/> 8197 Hystérosalpingographie</p> <p><b>11 MAMMOGRAPHIE</b></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><b>12 EXAMENS SPÉCIAUX</b></p> <p><input type="checkbox"/> 0431 Infiltration _____</p> <p><input type="checkbox"/> 0217 Bloc facettaire _____</p> <p><input type="checkbox"/> 8182 Pancréatographie</p>	<p><b>ÉCHOGRAPHIE</b></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> <hr/> <p style="text-align: center;"><b>Si demande de biopsie, prendre formulaire # Demande de biopsie/intervention radiologique</b></p>	<p><b>DOPPLER</b></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> <hr/>
--	---	--

**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( <input type="checkbox"/> ) G( <input type="checkbox"/> )	<input type="checkbox"/> Autres _____
<input type="checkbox"/> Thorax		

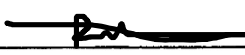
<p style="text-align: center;"><b>REMARQUES</b></p> <p><b>***OBLIGATOIRE*** (pour examen avec contraste IV)</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> <b>Créatinine : valeur : <u>84</u>, date : <u>Aujourd'hui</u></b>                  si aucune créatinine inférieure à 6 mois et âgé de 50 ans et + prescrire</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Clairance : _____</b> si clairance inférieure à 45 ml/min                  utiliser le formulaire BL-0058 et DT-0154</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Allergies : _____</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>Cath. 18G MD</b></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>
---	--

**\*\*\* 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 : \_\_\_\_\_