



**UROLOGIE**

STGD1952020518 #Dossier: H-0123666  
 Exp :2402 M  
**ST-GELAIS, DIANE** 1956-06-17  
 ST-GELAIS, FERNAND 66 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 :** \_\_\_\_\_  
 Présence hématurie – Diag ? \_\_\_\_\_

\*\*\*SIGNATURE AU VERSO\*\*\*

<p><b>01 TÊTE ET COU</b></p> <p><input type="checkbox"/> 8013 Crâne 4 incidences</p> <p><input type="checkbox"/> 8124 Massif facial 4 inc.</p> <p><input type="checkbox"/> 8124 Orbites 4 inc.</p> <p><input type="checkbox"/> 8031 Nez</p> <p><input type="checkbox"/> 8126 Sinus 4 incidences</p> <p><input type="checkbox"/> 8023 Maxillaire inf.</p> <p><input type="checkbox"/> 8037 Tissus mous du cou</p> <p><input type="checkbox"/> 8037 Cavum</p> <p><input type="checkbox"/> 8030 Oeil recherche de corps étranger</p> <p><b>02 COLONNE ET BASSIN</b></p> <p><input type="checkbox"/> 8127 Col. cerv. – Trauma (3 inc. et -)</p> <p><input type="checkbox"/> 8128 Col. cerv. 4 inc.</p> <p><input type="checkbox"/> 8042 Col. dorsale</p> <p><input type="checkbox"/> 8059 Col. lombaire</p> <p><input type="checkbox"/> 8059 Col. lombo-sacrée</p> <p><input type="checkbox"/> 8059 Obliques D &amp; G de la col. lomb</p> <p><input type="checkbox"/> 8101 Sacrum (seul.)</p> <p><input type="checkbox"/> 8110 Coccyx (seul.)</p> <p><input type="checkbox"/> 8057 Sacrum et coccyx</p> <p><input type="checkbox"/> 8054 Bassin</p> <p><input type="checkbox"/> 8054 Bassin - Prothèse</p> <p><input type="checkbox"/> 8056 Bassin et hanche D( ) G( )</p> <p><input type="checkbox"/> 8055 Bassin et 2 hanches</p> <p><input type="checkbox"/> 8056 Bassin pos. de gren.</p> <p><input type="checkbox"/> 8058 Art. sacro-iliaques</p>	<p><b>03 MEMBRES SUP.</b></p> <p><input type="checkbox"/> 8060 Clavicule ( ) ( )</p> <p><input type="checkbox"/> 8062 Épaule ( ) ( )</p> <p><input type="checkbox"/> 8063 Humérus ( ) ( )</p> <p><input type="checkbox"/> 8064 Coude ( ) ( )</p> <p><input type="checkbox"/> 8065 Avant-bras ( ) ( )</p> <p><input type="checkbox"/> 8066 Poignet ( ) ( )</p> <p><input type="checkbox"/> 8067 Main ( ) ( )</p> <p><input type="checkbox"/> 8068 Main-poignet ( ) ( )</p> <p><input type="checkbox"/> 8069 Doigt – 1 seul. ( ) ( )</p> <p><input type="checkbox"/> 8074 Omoplate ( ) ( )</p> <p><input type="checkbox"/> 8075 Art. acromio-clavic.* ( ) ( )</p> <p><b>04 MEMBRES INF.</b></p> <p><input type="checkbox"/> 8080 Hanche ( ) ( )</p> <p><input type="checkbox"/> 8083 Fémur ( ) ( )</p> <p><input type="checkbox"/> 8084 Genou ( ) ( )</p> <p><input type="checkbox"/> 8084 Rotules 30° 45° 60° 90° ( ) ( )</p> <p><input type="checkbox"/> 8085 Jambe ( ) ( )</p> <p><input type="checkbox"/> 8086 Cheville ( ) ( )</p> <p><input type="checkbox"/> 8087TA Talon ( ) ( )</p> <p><input type="checkbox"/> 8087 Pied ( ) ( )</p> <p><input type="checkbox"/> Mise en charge ( ) ( )</p> <p><input type="checkbox"/> 8090 Orteil – 1 seul. ( ) ( )</p> <p><input type="checkbox"/> 8091 Scanographie des membres inf. ( ) ( )</p> <p><input type="checkbox"/> Avec sphère ( ) ( )</p>	<p><b>05 ÉTUDES DU SQUELETTE</b></p> <p><input type="checkbox"/> 8092 Âge osseux (mains)</p> <p><input type="checkbox"/> 8281 Série métastatique</p> <p><input type="checkbox"/> 8253 Série scoliotique</p> <p><input type="checkbox"/> 8282 Série des os longs</p> <p><input type="checkbox"/> 8282 SOP (série partielle)</p> <p><input type="checkbox"/> 8282 SOC (série complète)</p> <p><b>06 THORAX</b></p> <p><input type="checkbox"/> 8100 Poumons (PA latéral)</p> <p><input type="checkbox"/> 8100 Décubitus latéral D( ) G( )</p> <p><input type="checkbox"/> 8115 Hémithorax D( ) G( )</p> <p><input type="checkbox"/> 8117 Sternum</p> <p><b>07 ABDOMEN</b></p> <p><input type="checkbox"/> 8150 Abdomen simple (1 seul film)</p> <p><input type="checkbox"/> 8152 Abd. inc. mult. (3 films)</p> <p><b>08 SYSTÈME DIGESTIF</b></p> <p><input type="checkbox"/> 8157 Oesophage seul (C.E.)</p> <p><input type="checkbox"/> 8133 Oes. problème de déglut.</p> <p><input type="checkbox"/> 8158 Transit dig. sup. d.c.</p> <p><input type="checkbox"/> 8156 Grêle seul</p> <p><input type="checkbox"/> 8154 Transit dig. sup. (enfants)</p> <p><input type="checkbox"/> 8162 Transit dig. sup. &amp; grêle</p> <p><input type="checkbox"/> 8160 Côlon double contraste</p> <p><input type="checkbox"/> 8149 Côlon simple contraste</p> <p><input type="checkbox"/> Autres _____</p>
---	--	--

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

**Cathéter 22G poignet G**

**TOMODENSITOMÉTRIE (TACO)**

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cérébrale         | <input checked="" 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 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 <b>TDM abdo pour voies urinaires</b> |
| <input type="checkbox"/> Thorax            |   |  |

**REMARQUES**

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

- Créatinine** : valeur : 96, 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 : 72 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