



Demandes non urgentes - Envoyer par télécopieur au service

central d'imagerie du NE (855) 658-1402

D'IDENTIFICATION DE L'HÔPITAL : _____

DEMANDES URGENTES - Envoyer le formulaire au centre de TDM (CT) le plus proche

FORMULAIRE DE DEMANDE DE SCANNER POUR PATIENT EXTERNE

INFORMATIONS POUR LES PATIENTS

NOM DE FAMILLE		PRÉNOM		INITIALE DU SECOND PRÉNOM	
ADRESSE			VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE MOBILE		NUMÉRO DE TÉLÉPHONE SUPPLÉMENTAIRE	EMAIL		
Le patient consent à ce que les informations relatives à son rendez-vous lui soient communiquées par SMS ou par e-mail. <input type="checkbox"/> Oui, texte <input type="checkbox"/> Oui, par e-mail					
SEXE ATTRIBUÉ À LA NAISSANCE		IDENTITÉ DE GENRE		Date de naissance (AAAA/MM/JJ)	TAILLE (CM)
<input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Homme		<input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Autre			
NUMÉRO DE CARTE DE SANTÉ (HN)		CODE DE VERSION (VC)	NUMÉRO DE DEMANDE DE RÉGLEMENT À LA CSPAA	AUTRES (frais à la charge du patient, recherche, tiers payant)	
<input type="checkbox"/> INTERPRETER REQUIRED Langue préférée		PRÉOCCUPATIONS OU EXIGENCES EN MATIÈRE D'ACCESSIBILITÉ			
CONTACT ALTERNATIF (SI CE N'EST PAS LE PATIENT)	NOM DU CONTACT		NUMÉRO DE TÉLÉPHONE		

INFORMATIONS SUR LES EXAMENS ET HISTORIQUE

TEST/RÉGION(S) À EXAMINER			RAISON DE L'EXAMEN / ANTÉCÉDENTS CLINIQUES (Veuillez également inclure les symptômes présentés, les diagnostics sous-jacents pertinents et les traitements, le cas échéant)		
<input type="checkbox"/> Tête <input type="checkbox"/> Cerveau <input type="checkbox"/> Sinus <input type="checkbox"/> Os faciaux <input type="checkbox"/> Temporaire <input type="checkbox"/> Os néphrétiques <input type="checkbox"/> Orbites <input type="checkbox"/> Cercle des Willis <input type="checkbox"/> Cou <input type="checkbox"/> Routine <input type="checkbox"/> Carotides <input type="checkbox"/> AUTRE TYPE D'EXAMEN (veuillez préciser)	<input type="checkbox"/> Colonne vertébrale <input type="checkbox"/> Cervical <input type="checkbox"/> Thoracique <input type="checkbox"/> Lombaire <input type="checkbox"/> Sacrum/Coccyx <input type="checkbox"/> Thorax <input type="checkbox"/> Routine <input type="checkbox"/> Haute résolution <input type="checkbox"/> Pulmonaire <input type="checkbox"/> Embolie	<input type="checkbox"/> Thorax/Abdomen /Bassin <input type="checkbox"/> Abdomen/Bassin <input type="checkbox"/> Routine <input type="checkbox"/> Coliques <input type="checkbox"/> Urographie <input type="checkbox"/> entérographie <input type="checkbox"/> Musculo-squelettique (veuillez indiquer)	Si le patient nécessite des soins d'urgence, ne soumettez pas ce formulaire au service central d'admission. Veuillez contacter directement le centre d'imagerie le plus proche.		
<input type="checkbox"/> SUIVI PROGRAMMÉ			DATE DEMANDÉE (AAAA/MM/JJ)		
<i>La disponibilité des tomodensitométries est limitée : les dates demandées seront prises en compte dans la mesure du possible.</i>					

DÉPISTAGE ET PRÉCAUTIONS

ÉVALUATION RÉNALE <input type="checkbox"/> Aucun problème rénal connu <input type="checkbox"/> Oui, le patient souffre de problèmes rénaux, a subi une greffe de rein ou est suivi par un urologue. Si oui, cochez toutes les cases qui s'appliquent : <input type="checkbox"/> Souffre de diabète <input type="checkbox"/> En dialyse Veuillez fournir les résultats eGFR les plus récents (datant de moins de 6 mois) RÉSULTAT DE L'eGFR (ml/min/1,732) PRÉLÈVEMENT (AAAA/MM/JJ)		<input type="checkbox"/> Hypersensibilité connue aux agents de contraste <input type="checkbox"/> Actuellement enceinte <input type="checkbox"/> Le patient n'est pas en mesure de fournir des antécédents médicaux fiables ou de donner son consentement à des injections de produit de contraste, le cas échéant. <input type="checkbox"/> Nécessite une anesthésie générale Justification <i>Pour les patients souffrant de claustrophobie et nécessitant une sédation orale, le médecin traitant est responsable de la prescription des médicaments. Les patients sous sédation orale ne doivent pas conduire et doivent prévoir un autre moyen de transport.</i>			
--	--	---	--	--	--

EMPLACEMENT PRÉFÉRÉ

Tous les patients seront triés en fonction de la distance la plus courte, sauf si un lieu préféré est indiqué.	EMPLACEMENT(S) PRÉFÉRÉ(S)
--	----------------------------------

AUTRES CONSIDÉRATIONS RELATIVES AU ROUTAGE

PRESTATAIRE DE RÉFÉRENCE

NOM DU FOURNISSEUR		NUMÉRO DE FACTURE		CARTE D'IDENTITÉ PROFESSIONNELLE	
ADRESSE			VILLE	PROVINCE.	CODE POSTAL
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE		Numéro de fax		COPIER VERS	
SIGNATURE DU FOURNISSEUR				DATE	

À L'USAGE EXCLUSIF DU BUREAU

PRIORITÉ <input type="checkbox"/> P1 <input type="checkbox"/> P2 <input type="checkbox"/> P3 <input type="checkbox"/> P4		TIMED <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		DATE SPÉCIFIÉE	
OH <input type="checkbox"/> Cancer <input type="checkbox"/> Non		PROTOCOLE		RADIOLOGUE	