



DT9477

**REQUÊTE D'EXAMEN RADIOLOGIQUE EN
ÉCHOGRAPHIE GÉNÉRALE
(Âge minimal : 18 ans)**

Attention : favoriser les protocoles de l'Accueil clinique
(si disponibles) avant de remplir ce formulaire

Nom et prénom de l'utilisateur			
N° d'assurance maladie		Année	Mois
		Expiration	
Nom et prénom du parent			
Ind. rég.	N° téléphone	Ind. rég.	N° téléphone (autre)
Adresse			
Code postal			

Impression diagnostique et renseignements cliniques obligatoires

Utiliser un autre formulaire pour l'échographie obstétricale ou cardiaque. Pour écho. mammaire, utiliser AH-786

À quel(s) diagnostic(s) suspecté(s) doit répondre l'examen :

Signes et symptômes justifiant l'examen :

Région(s) anatomique(s) visée(s) pour l'examen : Cou Abdomen Pelvis Inguinale Scrotale **Latéralité(s)**
 Membre supérieur Membre inférieur Surface Autre(s) Droite
 Gauche

Précisions sur la région anatomique :

Condition(s) clinique(s) Échelle de priorité clinique : **B : ≤ 10 jrs** **C : ≤ 28 jrs** **D : ≤ 3 mois (90 jrs)**

PREMIER EXAMEN (cocher la condition clinique appropriée)

Abdomen	<input type="checkbox"/> Recherche d' anévrisme de l'aorte abdominale	D	Thyroïde	<input type="checkbox"/> Nodule thyroïdien / goître (pour bx écho guidée, utiliser corridor de service habituel et non ce formulaire)	D
	<input type="checkbox"/> Bilan hépatique perturbé	C	Doppler veineux	Suspicion thrombophlébite profonde (TPP)	Référer à l'Accueil clinique ou Urgence
	<input type="checkbox"/> Recherche de maladie hépatique	D	Surface	<input type="checkbox"/> Adénopathie	C
	<input type="checkbox"/> Suspicion de colique biliaire résolue sans perturbation du bilan hépatique (Utiliser l'Accueil clinique si disponible)	C		<input type="checkbox"/> Masse cutanée (nouvelle ou progressive)	C
Abdomino-pelvien	<input type="checkbox"/> Hématurie microscopique (hématurie macroscopique = pyéloscan)	C		<input type="checkbox"/> Recherche hernie	D
Pelvis	Saignement utérin dysfonctionnel significatif		Musculo-squelettique	<input type="checkbox"/> Suspicion rupture complète de la coiffe des rotateurs	<input type="checkbox"/> < 50 ans C <input type="checkbox"/> ≥ 50 ans D
	<input type="checkbox"/> Saignements utérin anormaux (ménorragie)	C		<input type="checkbox"/> Suspicion rupture partielle de la coiffe des rotateurs avec échec au traitement	D
	<input type="checkbox"/> Saignement post ménopausique	C		<input type="checkbox"/> Tendinopathie	D
	<input type="checkbox"/> Fil de stérilet non visualisé	C		<input type="checkbox"/> Bursite	D
	<input type="checkbox"/> Suspicion d' endométri ose	D		<input type="checkbox"/> Kyste de Baker	D
Recherche de néoplasie	<input type="checkbox"/> Recherche de néoplasie primaire ou métastatique; HAUTE suspicion			B	
	<input type="checkbox"/> Recherche de néoplasie primaire ou métastatique; FAIBLE suspicion			C	
Autre(s)	<input type="checkbox"/> AUTRE(S) CONDITIONS(S) CLINIQUE(S) non standardisée au formulaire *Préciser la condition et justifier la priorité dans "Impression diagnostique et renseignements cliniques obligatoires" **Utiliser un autre formulaire pour l'échographie obstétricale ou cardiaque. Pour écho. mammaire, utiliser AH-786			Priorité clinique	

SUIVI / EXAMEN DE CONTRÔLE (voir page 2)

Nom et prénom de l'utilisateur	N° d'assurance maladie
--------------------------------	------------------------

SUIVI / EXAMEN DE CONTRÔLE

Examen demandé :

Suivi d'une **maladie hépatique chronique** (préciser date du diagnostic). Année (AAAA) : _____ Mois (MM) : _____

Suivi d'une anomalie documentée dans la même modalité, spécifier l'anomalie : _____

Caractérisation d'une anomalie vue dans une autre modalité, spécifier l'anomalie: _____

Autre (préciser) : _____

Date du dernier examen de suivi : Année (AAAA) : _____ Mois (MM) : _____

Délai(s) cible(s)* suivant dernier examen : 1 mois 3 mois 6 mois 9 mois 12 mois 18 mois 24 mois

*Sélectionner maximum 2 délais cibles

Examen(s) antérieur(s) pertinent(s) présent(s) au DSQ : Oui Non (si non, joindre rapport à la requête)

• Réalisé(s) localement : Oui Non (si non, préciser l'installation/point de services) :

• Date de réalisation : Année (AAAA) : _____ Mois (MM) : _____

Alertes cliniques (liste non exhaustive)

Référer à l'Accueil clinique (si disponible) sinon, diriger l'utilisateur à l'Urgence

- **Saignement du 1er trimestre** avec BHCG positif
- Suspicion de **colique biliaire** résolue avec perturbation significative du bilan hépatique
- Suspicion de **diverticulite**
- Suspicion de thrombophlébite profonde (**TPP**)
- Suspicion **torsion** testiculaire (référer à l'Urgence)
- Suspicion **d'abcès du sein** (prescrire écho. de surface et non écho. mammaire)

Identification du référent et du point de service				Estampe	
Nom du référent			N° de permis		
Ind. rég.	N° de téléphone	N° de poste	Ind. rég.	N° de télécopieur	
Nom du point de service					
Signature				Date (année, mois, jour)	
Médecin de famille / IPSPL ¹ : <input type="checkbox"/> Idem au référent <input type="checkbox"/> Usager sans médecin de famille				Référence nominative (si requis)	
Nom du médecin de famille / IPSPL				Si vous désirez une référence nominative à un point de service ou installation, spécifier :	
Nom du point de service					
Nom du médecin en copie conforme			N° de permis		Nom du point de service

¹ Infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne