



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 : <input type="checkbox"/> Cou <input type="checkbox"/> Abdomen <input type="checkbox"/> Pelvis <input type="checkbox"/> Inguinale <input type="checkbox"/> Scrotale <input type="checkbox"/> Membre supérieur <input type="checkbox"/> Membre inférieur <input type="checkbox"/> Surface <input type="checkbox"/> Autre(s) | | | | | Latéralité(s) <input type="checkbox"/> Droite <input type="checkbox"/> 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 <small>(pour bx écho guidée, utiliser corridor de service habituel et non ce formulaire)</small> | 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 <small>(Utiliser l'Accueil clinique si disponible)</small> | C | | <input type="checkbox"/> Masse cutanée (nouvelle ou progressive) | C |
| Abdomino-pelvien | <input type="checkbox"/> Hématurie microscopique <small>(hématurie macroscopique = pyéloscan)</small> | 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 | C <input type="checkbox"/> < 50 ans D <input type="checkbox"/> ≥ 50 ans |
| | <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 <i>*Préciser la condition et justifier la priorité dans "Impression diagnostique et renseignements cliniques obligatoires"</i> <i>**Utiliser un autre formulaire pour l'échographie obstétricale ou cardiaque. Pour écho. mammaire, utiliser AH-786</i> | | | 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