



DEMANDES URGENTES - Envoyer le formulaire au centre
de TDM (CT) le plus proche
Demandes d'options - À envoyer par fax au centre
NE DI (855) 658-1402

NUMÉRO D'IDENTIFICATION DE L'HÔPITAL: _____

FORMULAIRE DE DEMANDE DE SCANNER EN CONSULTATION EXTERNE

INFORMATIONS POUR LES PATIENTS				
NOM DE FAMILLE		PRÉNOM		INITIALE DU SECOND PRÉNOM
ADRESSE			VILLE	PROVINCE CODE POSTAL
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE PORTABLE	AUTRE NUMÉRO DE TÉLÉPHONE	E-MAIL		
Le patient accepte que les informations relatives à son rendez-vous lui soient communiquées par SMS ou par e-mail ☐ Oui, texte ☐ Oui, par e-mail				
SEXE ATTRIBUÉ À LA NAISSANCE ☐ Femme ☐ Homme	IDENTITÉ DE GENRE ☐ Femme ☐ Homme ☐ Autres		DATE DE NAISSANCE (AAAA/MM/JJ)	TAILLE (CM) POIDS (KG)
NUMÉRO DE CARTE DE SANTÉ	CODE DE VERSION (VC)	NUMÉRO DE DOSSIER WSIB N°	AUTRES (privatisation, recherche, prise en charge par un tiers)	
☐ ON RECHERCHE UN INTERPRÈTE Langue préférée		QUESTIONS 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 (Les listes de contrôle « Choosing Wisely » DOIVENT accompagner les demandes de consultation lorsque cela est nécessaire, par exemple pour les problèmes de colonne vertébrale) ☐ Tête ☐ Cerveau ☐ Sinus ☐ Os du visage ☐ Os temporaux ☐ Orbites ☐ Le Cercle des Willis ☐ Colonne vertébrale ☐ Cervical ☐ Thoracique ☐ Lombaire ☐ Sacré/Coccyx ☐ Thorax ☐ Routine ☐ Haute résolution ☐ Embolie Pulmonaire ☐ Thorax/Abdomen /Bassin ☐ Abdomen/Bassin ☐ Routine ☐ Colique ☐ Urographie ☐ Entérographie ☐ Cou ☐ Routine ☐ Carotides ☐ Musculo-squelettique (veuillez préciser) ☐ AUTRE TYPE D'EXAMEN (veuillez préciser)	MOTIF DE L'EXAMEN / ANTÉCÉDENTS CLINIQUES (Veuillez également indiquer le ou les symptômes principaux, les diagnostics sous-jacents pertinents et les traitements, le cas échéant) Si le patient a besoin d'une prise en charge d'urgence, ne transmettez pas ce formulaire au service central d'accueil. Veuillez contacter directement le service d'imagerie le plus proche. ☐ SUIVI PROGRAMMÉ DATE DEMANDÉE (AAAA/MM/JJ) Les disponibilités pour les examens de tomodensitométrie sont limitées : nous ferons notre possible pour vous proposer les dates demandées.

DÉPISTAGE ET PRÉCAUTIONS	
ÉVALUATION RÉNALE ☐ Aucun problème rénal connu ☐ 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 : ☐ Souffre de diabète ☐ Sous dialyse Veuillez fournir les résultats les plus récents de votre eGFR (datant de moins de 6 mois) RÉSULTAT DE L'eGFR (ml/min/1,732) DATE DE COLLECTE (AAAA/MM/JJ)	☐ Hypersensibilité connue aux produits de contraste ☐ Actuellement enceinte ☐ Le patient n'est pas en mesure de fournir des antécédents médicaux fiables ni de donner son consentement à l'injection de produit de contraste, le cas échéant ☐ Nécessite une anesthésie générale Justification Pour les patients souffrant de claustrophobie et nécessitant une sédation par voie orale, c'est le médecin traitant qui est chargé de prescrire les médicaments. Les patients sous sédation par voie orale ne doivent pas conduire et doivent prévoir un autre moyen de transport.

EMPLACEMENT PRÉFÉRÉ	
Tous les patients seront orientés vers l'établissement le plus proche, sauf si un lieu de prédilection est indiqué.	EMPLACEMENT(S) PRÉFÉRÉ(S)

AUTRES CONSIDÉRATIONS RELATIVES AU ROUTAGE			
--	--	--	--

PRESTATAIRE DE RÉFÉRENCE			
NOM DU FOURNISSEUR		NUMÉRO DE FACTURE	CARTE PROFESSIONNELLE
ADRESSE		VILLE	PROVINCE CODE POSTAL
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE	NUMÉRO DE FAX	COPIER VERS	
SIGNATURE DU FOURNISSEUR			DATE

RÉSERVÉ À L'USAGE INTERNE			
PRIORITÉ ☐ P1 ☐ P2 ☐ P3 ☐ P4	MINUTÉ ☐ Oui ☐ Non	DATE PRÉCISÉE	
OH ☐ Cancer ☐ Non	PROTOCOLE	RADIOLOGUE	